

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

353

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Louis VAQUIER

NÉ LE 11 MAI 1928 A LIMOGES

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

1958

” LES TUMEURS A MYELOPLAXES DU REBORD ALVÉOLAIRE ”

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR DECHAUME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547114_0033

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

VAQUIER Louis

né le II Mai 1928 à LIMOGES

présentée et soutenue publiquement le

1958.



"LES TUMEURS A MYELOPLAXES DU REBORD ALVEOLAIRE"

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LAMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHT (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.
Anatomie CORDIER (G.)
Anatomie pathologique DELARUE (A.)
Bactériologie FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et
aux Sports CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie MOUQUIN (M.)
(Beaujon SICARD (A.)
(Cochin QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu MENEGAUX (G.)
(Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire MONOD (R.)
Clinique gynécologie FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ALAJOUANINE (T.)
(Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.)
(Broussais DE GENNES (L.)
Cliniques médicales (Cochin MOREAU (R.)
(Hôtel-Dieu BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie théra-
peutique DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des
maladies de la nutrition BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque LACOMME (M.)
(Port-Royal VARANGOT (J.)

Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologie	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale . . .	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie . . .	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance . . .	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale . .	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.	
	(DELMAS (A.) Professeur sans chaire	
	(CABROL (C.)	
Anatomie	(DEBEYRE (J.)	
	(OLIVIER (G.)	
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) Professeur s. Ch.	
Anatomie pathologique	(BUSSE (F.)	
	(GOUYGOU (Ch.)	
	(NEVOT (A.) Professeur sans chaire	
Bactériologie	(CHRISTOL (D.)	

Biochimie médicale	(ETTORI (J.) Professeur sans chaire (DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.) (SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	(COUJARD (R.) (N... (N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) Professeur sans chaire (DEPARIS (M.) - d° -
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	(DEROBERTE (L.) Professeur sans chaire (GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	(GRASSET (J.) (LE LORIER (G.) (LEPAGE (F.) (MERGER (R.) (MORIN (P.) (RAVINA (J.) (ROBEY (M.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M.) (MADURO (R.)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C.) (CHABAUD (A.)

	(DUBOST (C.)
	(FAUREL (J.)
	(FLABEAU (F.)
	(GERMAIN (A.)
	(GOSSET (J.)
	(LAURENCE (G.)
Pathologie chirurgicale .	(LORTAT-JACOB (J.)
	(MATHEY (J.)
	(OLIVIER (Cl.)
	(POILLEUX (F.)
	(THOMERET (G.)
	(VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J.)
	(MAURICE (P.)
	(BOUDIN (G.)
	(BOUVIER (J.B.)
	(BRICAIRE (H.)
	(BRISSAUD (H.)
Pathologie médicale . .	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DEROT (M.)
	(DOMART (A.)
	(LAMOTTE (M.)
	(LAROCHE (C.P.)
	(MACREZ (C'.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PEQUINOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(ROYER (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(WOLFROMM (R.)
	(N...
	(JOSEPH (R.)
Pédiatrie	(MOZZICONACCI (P.)
	(POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.) Professeur sans chaire
	(LEVY (Mlle) Professeur sans chaire
	(BARJETON (D.) Professeur sans chaire
Physiologie	(PARROT (J.) Professeur sans chaire
	(DEJOURS (P.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.) Professeur sans chaire
	(GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)

Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P.) (BARCAT (J.) (BAUMANN (J.) (CAUCHOIX (J.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.) (HUGUIER (J.) (LEGER (L.) (PADOVANI (P.) (ROUX (M.)
Clinique médicale	(DREYFUS (Gilbert) (HAGUENAU (J.) Professeur sans chaire (KOURILSKY (R.) (MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle GOIGHON (A.)

Bibliothécaires (Miles DUMAITRE (P.)
(LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

[illegible]

A notre Maître,

Monsieur le PROFESSEUR MICHEL DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique à la Faculté
de Médecine de Paris.

Stomatologiste de l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire - Croix de Guerre 1914-1918.

Il nous a accueilli dans son service pendant
notre première année de Spécialité et nous a guidé
de ses conseils, nous a inspiré le sujet de cette
thèse, et a bien voulu nous faire le grand honneur
d'en accepter la Présidence.

Qu'il veuille trouver ici, l'assurance de nos
remerciements bien sincères et de notre très
respectueuse reconnaissance.

A Notre Maître,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL FAURE

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole Nationale de plein exercice
de Médecine et de Pharmacie de Limoges.

Qu'il veuille trouver ici un témoignage bien
faible de reconnaissance pour tout ce qu'il m'a
donné, depuis mon premier stage Hospitalier à
Saint-François pour tous les conseils qu'il m'a
prodigués tant dans son service qu'à la Clinique
Chénieux, et pour l'orientation qu'il a bien voulu
donner à ma vie Professionnelle.

Qu'il veuille bien accepter l'assurance de ma
très respectueuse affection et de mon bien fidèle
dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CAUHEPÉ^{''}

Stomatologiste de l'Hôpital Bretonneau

Professeur d'Orthopédie Dento-faciale à l'Institut de
Stomatologie de la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Avec toute notre reconnaissance pour
l'enseignement qu'il nous a prodigué et l'accueil
bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL MARSAT

Oto-Rhino-Laryngologiste
du Centre Hospitalier Régional de Limoges

En témoignage bien faible de ma profonde reconnaissance.
Qu'il veuille bien trouver ici, l'assurance de mes
remerciements bien sincères et de mon profond dévouement.

A MADAME LA REVERENDE MERE SUPERIEURE DES SOEURS DU SAUVEUR
ET AUX SOEURS DE LA CLINIQUE CHENIEUX.

Qu'elles veuillent bien agréer, l'assurance
de notre très respectueuse reconnaissance.

AUX CHIRURGIENS ET MEDECINS DE LA CLINIQUE CHENIEUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMILLE DUVERGER

Professeur Honoraire de Clinique Ophtalmologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR ERNEST FILHOULAUD

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale et
Gynécologique.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES LORY

Professeur Honoraire de la Chaire de Thérapeutique et
de Pharmacologie à l'Ecole Nationale de Plein Exercice
de Médecine et de Pharmacie de Limoges.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FILHOULAUD

Professeur Agrégé de Pathologie Chirurgicale à l'Ecole
Nationale de Plein Exercice de Médecine et de Pharmacie
de Limoges.

MADAME LE DOCTEUR MARIE-LOUISE DUVERGER

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN DUNOYER

Chirurgien Assistant du Centre Hospitalier Régional de
Limoges.

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN LACORRE- COUSSY

En témoignage de notre très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAL
A MONSIEUR LE DOCTEUR CREPY
A MONSIEUR LE DOCTEUR DESCROZAILLES
A MONSIEUR LE DOCTEUR GRELLET
A MONSIEUR LE DOCTEUR GRIGNON
A MONSIEUR LE DOCTEUR LACAISSÉ
A MONSIEUR LE DOCTEUR OMNES

Stomatologistes des Hôpitaux de Paris.

Ils nous ont fait profiter de leur expérience.

Qu'ils en soient remerciés et trouvent ici

l'expression de notre reconnaissance.

A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

A TOUS NOS MAÎTRES DE L'INSTITUT DE STOMATOLOGIE.

A NOS MAÎTRES ET PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE LIMOGES.

Qu'ils veuillent trouver ici le témoignage de notre
gratitude.

A mon Père.

Sa vie est pour moi un Exemple.

A ma Mère.

Avec toute mon Affection.

A ma Femme.

Avec toute ma Tendresse.

A mes deux Fils : Jean et Pierre.

Aux miens.

A mes Amis.

I N T R O D U C T I O N

Il arrive assez souvent au Spécialiste de se trouver en présence d'un malade qui vient consulter pour une tumeur bourgeonnante, apparue au niveau des rebords alvéolaires, que ceux-ci soient dentés ou non.

Cette tumeur l'inquiète car elle grossit, atteignant en règle le volume d'une cerise, parfois plus; elle est souvent saignante, quelquefois ulcérée, rouge vineuse, entraîne une gêne fonctionnelle parfois importante, évoque surtout chez ce malade souvent effrayé, l'idée d'un cancer.

Le problème thérapeutique qui se pose au Médecin est en fait assez simple à la condition de respecter des règles strictes et maintenant bien codifiées.

Dans certains cas, il persiste cependant un doute nosologique si l'histologiste répond qu'il s'agit "d'une épulis à myéloplaxes".

Que signifie ce terme, quelles sont les limites de son cadre ? Le propos de notre étude est essentiellement d'apporter des éléments au diagnostic différentiel des épulis à cellules géantes et des tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire qui constituent l'objet de ce travail.

Les tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire sont des tumeurs périphériques des maxillaires à extériorisation gingivale, mais à point de départ osseux, tumeurs hyperplasiques, et qui contiennent de volumineuses cellules polynucléaires : les myéloplaxes.

De cette définition, il ressort qu'on ne peut les confondre avec les épulis (épulis signifie sur la gencive). Ce terme vague sert de cadre à un certain nombre de faits pathologiques différents.

L'appellation d'épulis que l'on applique à des tumeurs d'origine osseuse est donc impropre et nous la rejetons formellement.

Il est également un autre problème, clinique cette fois, c'est de les distinguer l'une de l'autre; il faut différencier des tumeurs issues de l'os et contenant des myéloplaxes, des tumeurs nées de la gencive et provoquant une résorption osseuse secondaire, et qui contiennent également des cellules géantes multinuclées que la majorité des auteurs considèrent comme des myéloplaxes mais qui, pour un petit nombre, ne seraient que des histioplaxes dépourvus du pouvoir ostéolytique des myéloplaxes (Gery, Noeppel), mais capables cependant d'élaborer de l'os.

La confusion en résulte, confusion d'autant plus grande que les tumeurs vraies du rebord alvéolaire demeurent assez rares et se présentent cliniquement à l'examen superficiel comme des épulis.

Le fait de ne pas les rencontrer souvent ne doit pas les faire ignorer; nous nous attacherons à montrer l'importance capitale de l'examen radiologique pour leurs diagnostics positif et différentiel, diagnostic qui sera confirmé à l'intervention; en effet, l'Histologiste ne peut qu'affirmer la présence ou l'absence de myéloplaxes dans les coupes examinées, mais non dire : Epulis à myéloplaxes ou tumeur à myéloplaxes du rebord alvéolaire. C'est au Clinicien de trancher le problème et

d'informer l'anatomopathologiste qu'il examine une tumeur née de la gencive ou développée au niveau du rebord alvéolaire.

Ce problème de leur distinction est important car dans le cas de tumeur du rebord alvéolaire, l'intervention doit être plus large intra-osseuse.

En résumé, il existe donc au niveau ou au voisinage des maxillaires des tumeurs contenant des cellules géantes et qui sont :

1°) Les tumeurs centrales à myéloplaxes des maxillaires.

2°) Les tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire.

Ces deux formes sont d'origine osseuse.

3°) Les tumeurs gingivales dites Epulidiennes pouvant s'accompagner de resorption osseuse et pouvant contenir des cellules géantes et éventuellement même s'ossifier.

Les tumeurs du rebord alvéolaire sont l'objet de notre étude.

Le rebord alvéolaire est la partie des maxillaires qui porte les dents. Elle est comprise entre la région des apex et le collet des dents. La portion sous apicale à la mandibule sus apicale au maxillaire supérieur reste le domaine des tumeurs centrales.

Rappelons que les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires sous leur deux formes centrales et périphérique font partie du groupe des tumeurs hyperplasiques des maxillaires au sein duquel aucune classification ne s'impose, car il paraît logique d'englober sous ce nom toutes ces lésions mésenchymateuses de pathogénie identique.

On peut concevoir des formes inflammatoires, vasculaires, fibreuses ou giganto-cellulaires, sans qu'il existe une barrière infranchissable entre elles; tous les intermédiaires étant possibles et qui réalisent selon le cas les ostéites fibreuses localisées ou hypertrophiantes, les hyperostoses ou ostéomes, la plupart des fibromes et ostéofibromes, les PseudoPaget, l'hyperplasie chronique du maxillaire supérieur, les périostoses, les tumeurs à myéloplaxes.

Il faut remarquer également que ces tumeurs osseuses partagent la même pathogénie que les tumeurs épulidiennes avec lesquelles elles peuvent d'ailleurs coexister. Elles sont caractérisées par leur origine inflammatoire, leur accroissement par prolifération et transformation des tissus sains en marge du foyer initial qui sert de point d'appel, leur manque d'autonomie comme nous venons de le voir.

Leur survenue est provoquée par l'association de :

- 1°- causes déclenchantes : facteur local inflammatoire, irritatif ou traumatique.
- 2°- causes favorisantes.

Essentiellement, comme l'a démontré depuis 1932 le Professeur DECHAUME, la modification du terrain provoquée par des troubles de la crase sanguine et de l'état général. Ce facteur, s'il n'est pas amendé, conditionne les récidives.

En premier lieu, nous rappellerons l'historique des tumeurs à myéloplaxes. Nous étudierons ensuite les observations présentées des tumeurs du rebord alvéolaire. Cet examen nous permettra de noter les signes cliniques et radiologiques indispensables à leur diagnostic. Signalons cependant dès maintenant l'importance capitale de l'examen radiographique.

HISTORIQUE

Ambroise PARE¹ fut le premier à employer le terme d'épulis pour ces tumeurs du rebord alvéolaire qu'il décrit ainsi :

"L'épulis est une excroissance de chair qui se fait aux gencives entre les dents qui, peu à peu, croit quelquefois de la grosseur d'un oeuf ou plus, de façon qu'elle garde de parler et de mâcher, jetant une humidité salivaire d'odeur fétide.

"On la pourra extirper ce qui se fera en liant et serrant avec un fil double jusqu'à ce qu'elle tombe, puis étant cheutée, faut cautériser sa racine ou autrement récidiver avec un cautère cannelé dessus escrit ou avec un potentiel comme l'acide du vitriol ou eau forte si proprement appliqué qu'il ne fera lésion aux parties saines".

Remarquons que déjà A. PARE¹ notait la possible récurrence.

En 1838 MUELLER & LEBERT, au cours des années 1843-1845, en examinant des coupes de tumeurs maxillaires, découvrent la présence de grandes cellules qu'ils appellent cellules mères. Ces tumeurs, disent-ils, sont des variétés de tumeurs conjonctives.

ROBIN en 1849, dans un mémoire classique à la Société de Biologie, sépare les tumeurs à myéloplaxes du groupe des ostéosarcomes. Il y signale la présence de grands plasmodes à noyaux multiples, cellules analogues aux ostéoclastes auxquelles le premier il donne le nom de "Myéloplaxes".

PAGET en 1854 les dénomme Sarcomes Myéloïdes dans un but pathogénique.

En 1860, NELATON publie sa thèse célèbre sur les tumeurs à myéloplaxes du maxillaire supérieur. Il les décrit parfaitement et les rattache au grand groupe des tumeurs à myéloplaxes. Mais pour lui, la majeure partie des Epulis sont des tumeurs à Myéloplaxes et il assimile les unes aux autres en en faisant des tumeurs bénignes.

CORNIL & SAUREL dans leurs publications se rangent à son avis; par contre, RANVIER & VIRCHOW les considèrent comme des tumeurs embryonnaires et les appellent sarcomes.

VERNEUIL, BROCA, MAGITOT dans sa thèse en 1860, GOEURY en 1880, PHILIPPEAU en 1886, GRUET en 1900, STEPINSKY en 1901, COMETOUX en 1906, SEMPREY en 1907 les appellent "épulis sarcomateuses à myéloplaxes" en les rangeant parmi les tumeurs malignes tout en leur reconnaissant une certaine bénignité.

Dans le traité de Chirurgie de DUPLAY & RECLUS, BROCA en 1898 divise les épulis en deux variétés : les unes fibreuses bénignes nées du périoste ou du ligament, les autres nées de la moelle osseuse, les épulis sarcomateuses à myéloplaxes.

En 1889, DESIR de FORTUNET, étudiant la pathogénie de ces tumeurs, évoque leur origine inflammatoire probable.

Dans sa Thèse en 1900, GRUET dit que les interventions pour les épulis sarcomateuses doivent être larges, étant donné leur nature maligne, pour éviter les récidivés.

Mais au contraire, EWING & STONE nient le pouvoir métastatique de telles tumeurs.

En 1910, BLOODGOOD et la "Sarcoma bone Commission" proposent un traitement conservateur, motivé par leur bénignité sur laquelle l'unanimité semble s'être faite depuis à l'exception de VON ALTERTINI qui défend encore en 1928 le dogme de

LECENE et l'Ecole Lyonnaise en France ont fait rejeter le nom impropre et trompeur de sarcome. CABRINI en 1931 rappelle l'absence de métastases, d'adénopathies, de monstruosités cellulaires, de division atypique. Pour lui le début semble être en rapport avec des causes irritatives et avec une tendance marquée de l'os alvéolaire à la résorption.

SZALER au congrès de stomatologie à PARIS en 1932 confirme ces données et sépare tumeurs à myéloplaxes des sarcomes. Cette notion de bénignité est reprise alors : ce sont les travaux de DECHAUME & MAHE depuis 1932. LANDAIS, GRANDCLAUDE & MAUREL (1934) BRADIE, BACLESSE, RUPPE, SORREL, SENEQUE & ROUX TAVERNIER, LANCE, GAYAT, et à l'étranger BERGER, STAFNE, WILLIS, BROSCHE, GESCHICKTER, COPELAND, FAUCONNIER & KETELSLEGERS (1950) JAFFE (1953).

Mais si tous ces auteurs s'accordent à nier le pouvoir malin de telles tumeurs, ils divergent quant à la nature la pathogénie la dégénérescence possible le traitement.

Certains y voient des formations mésenchymateuses qui, quoique bénignes, restent capables d'une extension illimitée. Pour RIBBERT, ce sont des sarcomes résorbants. RUPPE qui les conserve dans le cadre tumoral distingue dans les tumeurs hyperplasiques ostéites fibreuses et tumeurs à myéloplaxes, contrairement à l'opinion de ceux qui disent qu'il s'agit de deux étapes, d'un même processus.

Pour BERCHER, elles constituent un état précancéreux (1927). DAWSON en donne en 1928 une description fort précise et intéressante à noter :

La tumeur à myéloplaxes est une tumeur très riche en cellules essentiellement ostéogéniques; elle est caractérisée dans sa forme active typique par de nombreuses cellules géantes au milieu de très nombreuses cellules polyédriques ou fusiformes, et il ajoute : "cette tumeur peut récidiver, mais devient si rarement maligne en donnant des métastases qu'elle peut être considérée comme bénigne".

Pour JAFFE, il s'agirait d'une véritable néoplasie (importance du stroma par rapport aux cellules géantes).

Mais pour la majorité des auteurs, au contraire, ces formations seraient des hyperplasies ou ostéodystrophies. Elles auraient une origine tissulaire endothéliale ou osseuse et seraient sous la dépendance de troubles divers.

RECKLINGHAUSEN, BARRE, KONJETZNY comparent ces tumeurs aux tumeurs brunes à cellules géantes rencontrées dans l'ostéite fibreuse localisée. Pour RENNER, AXHAUSEN, épulis, ostéite fibreuse et tumeurs à cellules géantes auraient une forte parenté, opinion partagée par HALSHOPE, LUBARSH, CAY, EULER & BROSC.

Les principaux facteurs incriminés sont le traumatisme, la présence de cartilage, les troubles sanguins.

KONJETZNY, LUBARSH & COPELAND défendent l'origine traumatique qui déterminerait des hémorragies endo-osseuses. Donc, il s'agirait d'une néoformation chronique inflammatoire de résorption d'épanchements sanguins. A l'appui de sa thèse, LUBARSCH fait remarquer qu'on trouve ces tumeurs au voisinage des vaisseaux. HAMMER partage les mêmes opinions, et dans les observations qu'il présente, il met en évidence des accidents dentaires.

GESCHICKTER dit qu'il s'agit d'une hyperplasie des ostéoclastes demeurés sur le lieu d'ossification. Thèse soutenue par COPELAND, tous deux font remarquer que les tumeurs à myéloplaxes céphaliques se rencontrent exclusivement au niveau des mâchoires ou de la région temporale et dans les zones où existent des centres d'ossification cartilagineuse.

Mais ces diverses causes n'ont pas toujours l'effet de provoquer l'apparition d'une tumeur à cellules géantes. Le terrain joue un rôle capital et depuis 1932, DECHAUME a défendu l'association de deux causes :

- une cause locale : traumatisme, infection, irritation
cause déclenchante
- une cause générale : cause favorisante

Il écrit à ce sujet en 1938 dans la revue de stomatologie :

"Ainsi il apparaît une fois de plus comme nous le répétons depuis 1932 que l'apparition de ces troubles est conditionnée par un trouble sanguin d'étiologie variable; il faut chercher dans la persistance de ce trouble et non dans une cause locale, l'origine des récidives après intervention. Ce processus peut être à l'origine de troubles très divers : gingivite hypertrophique, botryomycomes, tumeurs à myéloplaxes, ostéites fibreuses localisées, lésions végétantes cutanées ou muqueuses, chéloïdes".

Depuis ROCHETTE en 1938, DUBECQ, MARCARD & MARONNEAU en 1947, PORTMANN, GAYE & BELLEGARDE, FAUCONNIER & KETELSLEERS ont entre autres souligné ces travaux.

Ces tumeurs ont été baptisées de noms différents, selon les vues pathogéniques de chacun :

Tumeurs brunes, granulome des os, ostéite fibreuse localisée, épulis des os, xanthosarcomes, sarcomes myélogènes, sarcomes myéloïdes, sarcomes à cellules géantes, sarcomes à myéloplaxes.

Nous conserverons l'appellation de tumeurs à myéloplaxes.

Relevons l'appellation "d'Epulis des os" pour rappeler ce que nous en avons dit dans l'introduction et la rejeter.

Signalons qu'en 1933 dans une thèse inspirée par DECHAUME, NORMAND dit que tous les épulis ne sont pas des tumeurs à myéloplaxes confirmant les classifications des épulis proposées par RUPPE & CORNIL; puis WALDRON & WORMAN; puis BERCHER & CODWEL.

Ceci nous amène à envisager rapidement l'historique des classifications proposées pour les tumeurs de la région alvéolaire.

RUPPE classe les Epulis en trois catégories :

- Néoplasmes vrais.
- Néoplasies inflammatoires.
- Tumeurs à Myéloplaxes.

Pour WALDRON & WORMAN en 1931, classification clinico-pathologique des épulis :

A) Epulis type

- néoplasies inflammatoires
- fibrome et xanthome
- épulis à cellules géantes
- formes plus rares de tumeurs bénignes du tissu conjonctif des gencives : angiomes, endothéliomes, lipomes, myomes

- tumeurs malignes du tissu conjonctif : sarcomes,
tumeurs mélaniques

B) Tumeurs épithéliales des gencives

- papillomes, adenomes, tumeurs mixtes, cancer papillaire ou infiltrant, adamantinome

En 1932 BERCHER & CODVELLE proposent leur classification:

Tumeurs inflammatoires granuleuses

Tumeurs hyperplasiques

fibro-épithéliales

conjonctives épulis fibreuses

à myéloplaxes

En 1933, NORMAND distingue les tumeurs d'origine osseuse et les tumeurs gingivales et ligamentaires :

I - Tumeurs du maxillaire corps

bord alvéolaire

II - Tumeurs de la fibromuqueuse gingivale et du ligament

alvéolodentaire

soit diffuses

soit localisées

Dans la Revue de Stomatologie, DECHAUME en 1937 propose une classification des tumeurs bénignes de la région alvéolodentaire :

- 1° - Les tumeurs du bord alvéolaire du maxillaire qui rentrent dans le cadre des tumeurs des maxillaires et comprennent les tumeurs hyperplasiques : ostéites fibreuses, tumeurs à myéloplaxes

2° - Les tumeurs de la muqueuse gingivale et du ligament alvéolo-dentaire : localisées ou Epulis

- soit hyperplasiques, inflammatoire, fibreuse, giganto-cellulaire

- soit dysembryomes adamantinones.

diffuses

- hypertrophies gingivales

- éléphantiasis des gencives

Nous adopterons cette classification.

Au terme de ce rappel historique, destiné à replacer le problème dans son cadre, nous étudierons tout d'abord sept observations de tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire relevées dans la collection des consultations de la chaire de Stomatologie de l'Hôpital de la Pitié que Monsieur le Professeur DECHAUME a bien voulu mettre à notre disposition.

De cette étude, nous tirerons les conséquences pathogéniques et diagnostiques essentielles.

OBSERVATION N° 1

G... Maris 65 ans

Le 16 Avril 1947

Cette malade est envoyée par le service de Stomatologie de la Salpêtrière pour une tuméfaction au niveau de d4, tuméfaction apparue il y a environ 4 ans et qui empêche le port d'une prothèse.

Antérieurement ont été pratiquées les extractions de g4 g2 g1.

C'est une tumeur indolore de la région alvéolaire inférieure droite, cette tumeur est de la taille d'une noisette. L'os paraît soufflé à la palpation.

La ponction ramène un liquide séro-sanglant.

La radiographie :

Un film endo-buccal rétro-alvéolaire montre en avant de la dent de Six ans inférieure droite que l'on aperçoit en arrière sur le film, d4 d3 d2 étant absentes, une image ayant la forme d'un petit haricot, claire, de deux centimètres de long environ sur un centimètre d'épaisseur.

Sa limite inférieure est floue, ne se distingue pas nettement de l'os alvéolaire; elle est biconcave en forme d'accent circonflexe.

Sa limite supérieure est nette, convexe.

Cette image, d'aspect pseudo-kystique, semble enchassée dans le rebord alvéolaire. L'os environnant présente des images de condensation osseuse alternant avec des images de décalcification.

Cette tumeur présente dans sa masse un aspect floconneux, polylobé avec des cloisons.

Le temps de saignement est de trois minutes trente secondes.

Le temps de coagulation est de six minutes trente secondes.

L'intervention est pratiquée :

Incision arciforme suivant la crête alvéolaire et se recourbant en arrière et en bas, décollement du périoste, trépanation et énucléation d'une tumeur encapsulée sans aucune adhérence, petite tumeur du volume d'une noisette de couleur rouge brun et qui présente à la coupe l'aspect du tissu splénique.

Les suites opératoires sont excellentes, on prescrit des extraits hépatiques.

Le laboratoire de la fondation CURIE répond le 29-4-1947 qu'il s'agit d'une néoformation à cellules géantes sans malignité réelle. Si c'est à la gencive simple épulis, si c'est dans l'os ostéodystrophie à myéloplaxes.

La malade a été revue plusieurs fois sans qu'il y ait eu récurrence; depuis la malade est décédée (réponse à la dernière convocation).

OBSERVATION N° 2

KH... Ali 27 ans

Monsieur Ali KH... se présente à la consultation du 7 Juin 1949 car il a constaté la présence d'une petite tuméfaction vestibulaire inférieure gauche, indolente, en regard de d6, apparue progressivement à la suite de l'extraction de cette dent en 1945.

L'examen exo-buccal est négatif.

L'examen endo-buccal révèle une tuméfaction vestibulaire de la grosseur d'une cerise qui soulève la muqueuse gingivale. Celle-ci est normale à la partie antérieure de la tuméfaction; dans les trois quarts postérieurs, elle est rouge bourgeonnante, nettement circonscrite par un sillon.

La palpation la montre ferme dans l'ensemble, mais donne la sensation d'une fluctuation discrète, la palpation est indolore. Ailleurs la muqueuse buccale est saine; on note des cicatrices d'extractions récentes, tant au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur.

Les dents sont abrasées surtout dans les régions canines et prémolaires : on note des caries sur D3 D4 d5 g5 g7 G3 G8. Les dents ne sont ni mobiles ni décolletées.

Il n'existe pas d'adénopathies.

Une ponction ramène un peu de sang.

La radiographie :

Un film endo-buccal rétro-alvéolaire centré sur g6 montre en avant de g7; en arrière de g5 qui présente une carie distale, au niveau de l'alvéole de g6 absente, une image floconneuse de

18 millimètres de long sur quelques millimètres d'épaisseur, en forme d'altères, donc moins épaisse à la partie médiane où il existe une épine osseuse de deux à trois millimètres de large semblant correspondre à la cloison interradiculaire et qui se prolonge par une harborisation au sein de la masse tumorale.

La limite inférieure de cette masse semble un peu plus nette en arrière, mais très floue en avant.

La limite supérieure est polycyclique en forme d'arceaux de bordure de massif.

L'os environnant paraît avoir subi une forte condensation.

La tumeur présente dans sa masse plusieurs alvéoles (4 à 5 sont visibles) séparées par des cloisons intermédiaires qui se réunissent en arceaux pour former la limite supérieure déjà décrite.

Cette tumeur semble enchassée dans l'os alvéolaire plus à la partie antérieure (mais où elle est moins épaisse) qu'à la partie postérieure plus étendue où elle s'exteriorise davantage effleurant le collet de g7.

Le temps de saignement est de trois minutes.

Le temps de coagulation de huit minutes.

Intervention le 16-6-1949.

Enucléation facile; la tumeur est fixée à l'os par un pédicule osseux ovalaire de trois millimètres sur deux. Les travées osseuses sont telles qu'on les a vues à la radiographie.

On prélève deux fragments pour examen histologique.

La réponse du laboratoire :

- le premier fragment est une tumeur à myéloplaxes remarquable par l'extrême richesse de sa vascularisation. La muqueuse qui recouvre cette tumeur est normale.

- le deuxième fragment comprend une muqueuse normale et de l'os où l'on note une très importante réaction scléreuse au niveau des espaces médullaires.

On pratique les jours suivants des infiltrations de xylocaine.

Les suites opératoires sont excellentes.

Des extraits hépatiques ont été prescrits.

OBSERVATION N° 3

Mme B... Blanche 45 ans

15 Mai 1950

La malade est envoyée à la consultation de la Pitié pour une tumeur du maxillaire inférieur; celle-ci s'est formée progressivement depuis six mois environ, son évolution ne s'accompagnant d'aucun signe général ou fonctionnel.

La malade a négligé de consulter quiconque jusqu'il y a trois semaines où, vue par son chirurgien-dentiste, celui-ci a pratiqué l'extraction d'une racine de g6, au niveau de la lésion, et a effectué une ponction de la tumeur qui n'a ramené que quelques gouttes de sang.

Nous voyons la malade aujourd'hui; depuis deux mois la tumeur a atteint son volume maximum, son état est stationnaire; nous l'examinons :

L'inspection montre une tuméfaction peu volumineuse de la région génienne basse; le tégument est de couleur normale.

La palpation montre une tumeur assez bien limitée de température normale, indépendante des parties molles offrant une surface de la grandeur d'une pièce de un franc.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité, mais une légère adénopathie bilatérale.

L'ouverture de la bouche se fait normalement avec une légère latéro-déviation gauche; l'articulation temporo-maxillaire est normale.

A l'examen endo-buccal, l'inspection nous montre au niveau de g6 absente, une tuméfaction du volume d'une cerise

débordant vers les tables interne et externe, d'aspect spénique avec sur la crête un petit bourgeon cicatriciel; la coloration de la muqueuse est peu modifiée; la palpation montre une tuméfaction dépressible au doigt, bien limitée.

L'examen de la denture et des muqueuses montre un état buccal quelque peu négligé; il existe une gingivite tartrique. La malade n'a consulté aucun spécialiste depuis de très nombreuses années.

Voici un schéma de la denture existante :

7	6	5	4	3	2	1	--	1	3	4	5	78
8	6	5	4	3	2	1		1	2	4	5	7 8

Il n'existe aucun trouble de l'état général.

La recherche des antécédents ne révèle rien de notable, celle des antécédents héréditaires fait noter que sa mère est décédée des suites d'une affection tuberculeuse.

D'autre part, signalons que la malade a une fille de 16 ans qui présente une tuberculose osseuse (Coxalgie) et un fils de huit ans bien portant.

La radiographie :

Un film endo-buccal rétro alvéolaire centré sur g6 absente montre g7 en arrière g5 en avant.

Ce qui frappe, c'est une lyse considérable de l'alvéole au niveau de g6, la crête osseuse passe en son centre au niveau des apex des dents voisines. Cette dépression s'est faite au profit d'une image radio-claire qui la surmonte, du volume d'une grosse fève faisant 30 millimètres de long sur

18 millimètres d'épaisseur et qui déborde en haut et en arrière le plan de la radiographie, sa limite supérieure convexe est en son centre de niveau avec les surfaces triturantes des dents voisines, son tracé est net et on voit en arrière le plan gingival de recouvrement. Sa limite inférieure est floue concave dans son ensemble, mais présentant une éminence en son centre; son tracé présente des incisures multiples et montre une décalcification très importante de l'os marginal qui semble bulleux sur le cliché. L'os environnant présente le même aspect.

Il existe en arrière de la deuxième prémolaire des images floconneuses notables; il semble y avoir à ce niveau un décalage entre la table interne plus nette sur le cliché et de niveau avec l'apex de la dent voisine et la table externe très floue et qui semble se relever pour atteindre la prémolaire au milieu de sa racine. Ce décalage mesuré sur le film est de huit millimètres environ.

On ne voit pas de travées secondaires au sein de cette masse.

L'examen hématologique :

Temps de saignement : deux minutes

Temps de coagulation : quatre minutes

Hématies 4.000.000

Leucocytes 5.200

Polynucléaires neutrophiles 78 %

eosinophiles 5 %

basophiles 0

Lymphocytes	17
-------------	----

Monocytes	2
-----------	---

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen de BORDET-WASSERMAN est négatif.

Au cours de la biopsie, on tombe sur une masse charnue rougeâtre.

Un traitement prolongé d'extraits hépatiques est conseillé à la malade.

L'examen histologique du prélèvement indique qu'il s'agit d'une formation à myéloplaxes; il n'existe aucun élément suspect sur la coupe.

L'intervention est faite sous anesthésie tronculaire complétée par une anesthésie locale.

Excision de la tumeur qui ne fait pas corps avec le plan osseux sous jacent, on note que la crête est surbaissée et que l'os est poreux; on place de la thrombine in situ pour assurer l'hémostase. Les suites opératoires sont excellentes. Infiltration de xylocaine et des applications d'acide trichloracétique.

Un mois après l'intervention, la cicatrisation est à peu près parfaite; il s'agissait bien d'une tumeur à myéloplaxes du rebord alvéolaire, car il reste dans le vestibule une volumineuse saillie osseuse cicatrice de l'intervention.

La malade revue cinq ans après ne présente aucune récurrence.

OBSERVATION N° 4

V... Suzanne 50 ans

23-9-1950

La malade est envoyée à la consultation pour épulis.

Le début remonte un an après une hystérectomie totale; apparition entre les deux incisives centrales d'une petite tumeur qui a atteint rapidement le volume d'une cerise. L'ablation de cette épulis a été pratiquée en Mai 1950, mais un mois après récurrence.

Actuellement, l'épulis a le volume d'une cerise; il existe un diastème interincisif alors qu'antérieurement les deux incisives chevauchaient.

L'examen radiographique montre au niveau d'un diastème interincisif important, une disparition du fer de lance et une résorption importante du rebord alvéolaire qui présente un aspect en dents de scie avec images de décalcification de l'os avoisinant superficiel et une condensation osseuse en profondeur.

L'épreuve de BORDET WASSERMAN est négative.

La formule sanguine :

Hématies 3.950.000

Leucocytes 7.200

polynucléaires neutrophiles 72 %

eosinophiles 2

basophiles 1

lymphocytes 19

Monocytes 6

Le temps de saignement est de trois minutes.

Le temps de coagulation est de 8 minutes.

Dans les antécédents, nous retenons que la malade souffre du foie; elle a en particulier eu de nombreuses crises il y a 4 ans, l'utérus enlevé présentait des fibromes et des formations kystiques.

Il n'est pratiqué aucun traitement avant l'intervention qui a lieu le trois Octobre 1950.

Sous anesthésie locale, excision facile d'une épulis à la fois vestibulaire et palatine. On place une éponge dans la cavité. Des injections de xylocaine périfaciale sont pratiquées les jours suivants et un traitement par extraits hépatiques est institué.

Applications locales d'acide trichloroacétique sur les bourgeons de cicatrisation.

Le laboratoire répond qu'il s'agit d'une formation à myéloplaxes.

21 Février 1956

La malade a arrêté au cours de ces dernières années la prise périodique d'extraits hépatiques.

Depuis deux mois réapparition d'une tuméfaction entre les deux incisives centrales supérieures.

La radiographie :

Un film endo-buccal rétro alvéolaire montre l'existence entre les deux centrales supérieures d'un diastème important. Les deux centrales présentent en outre des caries de l'angle

proximo incisif. Elles ne sont plus portées que par un os alvéolaire qui atteint la moitié de leur racine. Cette Lyse se voit également entre une centrale et une latérale. La limite osseuse présente une concavité avec en son milieu une épine osseuse qui s'arborise au sein d'une image floconneuse qui la surmonte et qui est de la taille d'un petit pois. Cette épine osseuse représente le centre d'une image arrondie de deux centimètres et demi de diamètre qui se projette aux collets des dents et à la moitié de la racine de la latérale déjà signalée; cette image est limitée en profondeur par une condensation osseuse très nettement visible.

L'épine osseuse décrite est portée au sein de la projection de cette tumeur par un os d'aspect poreux décalcifié. Donc au sein de cette image arrondie et dans sa moitié inférieure, on note de la profondeur à la superficie :

Une limite nette de condensation osseuse.

Un os décalcifié d'un centimètre d'épaisseur environ avec à son bord libre une épine osseuse qui s'arborise.

Les examens de sang alors pratiqués montrent :

Hémoglobine 100 %

Valeur globulaire 0,9

Hématies 4.630.000

Leucocytes 8.100

Polynucléaires neutrophiles 68 %

basophiles 1

eosinophiles 2

Lymphocytes petits	13
grands	10
Monocytes	6

22 Avril 1956

Sous anesthésie locale électrocoagulation de la tumeur s'enfonçant assez profondément entre les deux incisives.

Examen histologique :

Cette pièce opératoire est constituée par une prolifération conjonctive très riche en éléments jeunes (histiocytes et fibrocytes) et en capillaires dilatés.

En surface l'épithélium est de type hyperplasique avec une discrète parakératose.

L'image réalisée est celle d'un bourgeon charnu télangectiasique correspondant à certaines épulis à plasmocytes.

Il n'existe aucun élément suspect sur la coupe examinée.

Suites opératoires excellentes, infiltrations de xylocaine et applications locales d'acide trichloréacétique.

H... Marcel 10 ans

L'enfant est envoyé dans le service le 20 Juin 1955 par le Docteur M., médecin de dispensaire pour une tumeur du maxillaire supérieur droit.

Histoire de la maladie :

Cette tumeur est apparue il y a trois mois au niveau de la crête alvéolaire sans cause déclenchante (pas de traumatisme) sous l'aspect d'une lentille grisâtre, parfaitement indolore. Elle a depuis considérablement augmenté de volume.

Au cours d'une enquête familiale, l'assistante sociale insiste pour que les parents qui ne s'inquiétaient pas, amènent l'enfant consulter.

Antécédents.

Parmi les antécédents personnels, nous relevons un séjour en préventorium pendant six mois en 1952 (virage de la cuti-réaction avec polyadénopathies cervicales).

Rougeole en 1954.

Otites à répétition.

Les parents signalent également que l'enfant aurait tendance à saigner facilement.

Dans les antécédents familiaux, on note que :

Le père a fait une pleurésie séro-fibrineuse en 1952.

La mère : fait une pneumonie à pneumocoques actuellement.

Un frère de 7 ans saigne fréquemment, est chétif, hypostatural.

Un frère de deux ans qui présente des otites à répétition a subi un évidement mastoïdien bilatéral.

L'examen :

Exo-buccal montre une tuméfaction soulevant la lèvre supérieure à droite, abaissant la commissure labiale du même côté; la palpation révèle la mobilité des plans superficiels qui sont indolores sur la tuméfaction sous-jacente, l'ouverture de la bouche facile met en évidence la tumeur :

Elle siège au niveau de la partie droite du maxillaire supérieur sur un segment osseux allant de D2 à D5; elle intéresse la crête, le rebord vestibulaire, la face palatine du maxillaire. Elle a le volume d'une prune, est de coloration rouge violacé .

Mais au palais, elle soulève simplement une muqueuse de coloration normale; sur la crête, le traumatisme que créent à son niveau les dents antagonistes, lui donne une surface luisante vineuse rouge lisse.

Cette tumeur crée localement un véritable chaos dentaire.

D2 est vestibulée et mésialée.

DIII lingualée est à peu près enfermée dans la tumeur, seul une cuspide reste visible.

D4 est lingualée.

D5 est normale.

Toutes les dents déplacées sont mobiles et vivantes; cette tumeur qui intéresse crête, rebord palatin, est de consistance hétérogène : rénitente par endroits, molle en d'autres, dure enfin au palais. Elle a une surface irrégulière bosselée, elle est indolore et ne s'accompagne d'aucun trouble

de la sensibilité dans le territoire maxillaire supérieur;
la denture est en bon état.

D6 petite carie occlusale

IG4 très petite carie.

Les dents de 12 ans font leur apparition au maxillaire inférieur.

Le diagnostic porté provisoirement est celui de tumeur à myéloplaxes.

La radiographie :

Un film endo-buccal 5 : 7 cm. mordu montre tout d'abord une anarchie, un chaos dentaire remarquable, les dents ont été refoulées par la tumeur :

DI est en position normale.

D2 est mésialée, son bord mésial chevauche celui de dI.

DIII est basculée, refoulée en avant derrière d2, elle est réduite à l'état de couronne, sa racine étant entièrement résorbée.

Il existe après un diastème important centré par la tumeur, les dents suivantes : D 4 est lingualée et en rotation, D 5 vestibulée et distalée dans leur angle diédre postérieur. On aperçoit p3 refoulée par le processus tumoral dans le palais, p 6 est en position normale et on note la présence de la couronne de D7 non encore sur l'arcade à l'examen clinique. Les apex de ces dents sont largement ouverts.

Centrée sur l'intervalle libre entre DIII et D4, la tumeur se traduit par l'existence d'une image circulaire englobant ces deux dents de la taille d'une petite prune : 28 milli-

mètres dans le sens mésiodistal et 22 millimètres dans le diamètre vestibulo-palatin.

Sa limite antérieure est nette, elle passe vers la moitié coronaire de DIII sur le cliché à sa partie postérieure. Elle se confond avec les dents et passe grossièrement par l'axe de la deuxième prémolaire, sa limite interne est marquée par une condensation osseuse remarquable visible derrière la couronne de la canine définitive dans le palais.

L'os alvéolaire qui se projette à l'intérieur de cette coque montre une épine osseuse à base d'implantation large dirigée vers le centre de la tumeur et reposant sur un os d'aspect ouaté qui traduit une importante décalcification. Cet os présente une Lyse considérable vers le palais, son bord semble être à environ un centimètre de la courbure qu'il serait normal de noter à ce niveau par rapport à son tracé en avant et en arrière.

La partie vestibulaire de cette formation pseudokystique à base osseuse palatine ne montre pas de cloisons ou d'images visibles en son sein.

Les examens Hématologiques pratiqués montrent :

Temps de saignement : Deux minutes trente secondes

Temps de coagulation : Trois minutes quinze secondes

Hématies 4.200.000

Leucocytes 8.400

Polynucléaires neutrophiles 68 %

éosinophiles 8

Lymphocytes petits	16 %
grands	5
Monocytes	3
Plaquettes	156.000 par M ³

23 Juin 1955

Transfusion de 150 CC de sang préopératoire.

24 Juin

Préanesthésie au Nargénol, puis anesthésie locale; l'anesthésie obtenue est bonne. Extraction de DIII et D4.

Excision de la plus grande partie de la masse de la tumeur à myéloplaxes au bistouri électrique, avec la curette ablation de la partie intra-osseuse de la tumeur; on tombe rapidement sur une coque osseuse assez résistante.

On place de la thrombase dans la cavité.

L'examen histologique;

Cette pièce opératoire est constituée par une masse homogène, cloisonnée par quelques tractus fibreux; elle est essentiellement constituée par une prolifération du type histiocyttaire avec de nombreux éléments multinucléés: les myéloplaxes. Il existe dans cette tumeur peu d'éléments conjonctifs adultes et une congestion marquée avec dilatation capillaire bien que la charpente conjonctive soit de type fibreuse.

En périphérie existe juste dans la couche superficielle une zone cédémateuse plus marquée et l'épithélium est à ce niveau atrophique.

Il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes semblant en poussée évolutive sans tendance à la cicatrisation.

7 Juillet 1955

Bon état de la plaie.

Applications d'acide trichloréacétique sur les bourgeons; on reconvoque le malade le 20 Octobre, il vient le 24 Décembre: la cicatrisation est parfaite, mais D3 reste en linguoposition séparée de D2 par un diastème important.

Les radiographies rétro dentaire et film mordue montrent la restauration osseuse qui se montre en couches concentriques. Le rebord alvéolaire présente un tracé extérieur normal. D3 reste en palatinoposition, mais de façon moins marquée que sur le cliché préopératoire.

OBSERVATION N° 6

Mme H... Andrée 39 ans

5 Mai 1956

Mme H... nous est adressée par un confrère auquel un chirurgien dentiste avait envoyé la malade le 3 Avril pour ablation d'une petite tumeur gingivale saignante de la grosseur d'une cerise et située sur la gencive dans la région canine pré-molaire inférieure droite.

Ce bourgeonnement s'est développé progressivement depuis un an après des extractions multiples de dents cariées, sans jamais s'accompagner de douleurs.

Cette épulis fut excisée le 10 Avril 1956 au bistouri électrique et l'examen histologique a donné les résultats suivants :

La tumeur est de la grosseur d'un mois, elle est constituée d'éléments histiocytaires fusiformes trappus et surtout de nombreuses cellules géantes multinucléées du type des histioplaxes.

On note en outre par places des trainées inflammatoires et quelques travées fibreuses; la muqueuse pavimenteuse de surface est fortement hyperplasique; il n'existe pas sur les coupes de signes de malignité.

Devant ce résultat, le médecin nous envoie la malade le 5 Mai. Elle n'accuse actuellement aucun symptôme subjectif, pas de tuméfaction de la face, pas de troubles de la sensibilité, ni d'adénopathie.

Seul l'examen endo-buccal, après ouverture de la bouche qui se fait facilement, découvre sur l'arcade dentaire inférieure complètement édentée dans la région canine prémolaire droite sur une muqueuse de couleur violacée, une légère augmentation de la crête alvéolaire, rénitente en son centre de consistance osseuse à la périphérie.

La palpation confirme cet épaissement tant sur la table interne que sur la table externe, mais uniquement dans le tiers supérieur de la branche horizontale sur deux centimètres environ.

La radiographie :

Un film endo-buccal rétro alvéolaire centré sur la région canine prémolaire inférieure droite montre une édentation totale du segment considéré.

De la profondeur vers la superficie plus exactement du bord basilaire au bord alvéolaire, on note :

Un os normal dans le tiers inférieur.

Un os qui présente des images de condensation de plus en plus marquée au fur et à mesure qu'on approche du rebord alvéolaire et qui présente, à la jonction tiers moyen supérieur, des images de décalcification et de condensation.

Dans le tiers occlusal une image en cratère de l'os décalcifié avec dans la concavité et surmontant ce cratère, une image polycyclique nuageuse de la taille d'une petite noisette mesurant deux centimètres de long sur un centimètre d'épaisseur et qui présente des petites alvéoles séparées par des cloisons dont les limites supérieures en se réunissant limitent cette formation.

Ces images semblent sous gingivales, les tissus mous se dessinent en effet nettement sur le cliché.

Les examens du sang ont donné les résultats suivants :

Temps de saignement : 3 minutes

Temps de coagulation : 9 minutes

Globules rouges 4.800.000

Globules blancs 5.000

Polynucléaires neutrophiles 64 %

éosinophiles. 2

basophiles 1

Lymphocytes 18

Grands lymphocytes 11

Monocytes 4

Valeur globulaire 1,01

29 Mai

Sous anesthésie régionale avec prémédication au Nargénol, incision sur la crête alvéolaire, rugination des lambeaux vestibulaires et lingual, ablation facile à la curette d'un module charnu gros comme une noisette adhérent à l'os et à la muqueuse; l'os lui-même creusé d'une dépression semble poreux et en même temps plus dense que normalement comme atteint d'ostéite fibreuse; on pratique une légère résection modelante à la pince rouge; suture.

Bonnes suites opératoires : infiltrations de xylocaine et applications d'acide trichloréacétique.

4 Juin 1956

Le laboratoire d'anatomo-pathologie donne les indications suivantes :

Il existe au niveau de cette pièce opératoire plusieurs aspects :

1°- Un tissu fibreux dense présentant une architecture organoïde avec des vaisseaux à forme bien individualisée, est noté en périphérie de la tumeur.

2°- Le centre de la lésion est occupé par une prolifération histiocyttaire et fibroblastique renfermant de très nombreuses cellules multinucléées, myéloplaxes disposées assez régulièrement dans un tissu conjonctif en grande partie oedemateux. Il existe à ce niveau de très nombreuses lacunes vasculaires sans paroi nettement individualisée et même en certains points quelques petites suffusions hémorragiques; cependant à ce niveau le tissu conjonctif interstitiel est riche en fibres collagènes.

3°- En périphérie, on note quelques travées osseuses jeunes au sein de la prolifération histiocyttaire; en cette zone, les myéloplaxes sont assez peu nombreux; il semble donc que les lésions examinées ici témoignent d'une tumeur à myéloplaxes en poussée évolutive; cependant, la présence de travées ostéoides, la nature fibroblastique du tissu conjonctif alentour permet d'éliminer ici une poussée de type ostéolytique et en règle cette lésion devrait céder après traitement; cet aspect ne correspond pas à la forme habituellement rencontrée des tumeurs à myéloplaxes ostéolytiques.

Le 5 Juin 1956 compte rendu supplémentaire, étude de la pièce après décalcification.

Un fragment étudié après décalcification confirme les données de l'examen précédent; il s'agit effectivement d'une tumeur à myéloplaxes présentant une nette tendance à l'hémorragie avec de nombreuses lésions de type exsudatif; cependant, sur ce prélèvement, on note la présence de lamelles osseuses en grandes parties ostéolysées avec dans les cavités médullaires une importante réaction fibreuse; il est assez difficile de préciser s'il existe un nouveau processus hyperplasique ou bien s'il s'agit simplement d'une réaction de voisinage au contact de la prolifération histiocytaire; il est intéressant de noter toutefois que cette prolifération se fait en profondeur à distance du tissu épithélial et que ce processus semble nettement localisé, il n'y a aucun élément suspect de malignité sur la coupe examinée.

OBSERVATION N° 7

J... Yvonne 48 ans

19 Juin 1956

La malade déjà traitée dans le service pour un traumatisme des incisives supérieures au cours d'une crise d'épilepsie il y a six ans revient consulter pour une tuméfaction gingivale dont on ne peut faire préciser la date d'apparition, étant donné le psychisme de la malade.

Son mari l'a remarqué il y a trois jours à la suite d'un écoulement de salive sanglante et de pus.

L'examen exo-buccal ne décèle pas d'asymétrie faciale, peut-être une légère tuméfaction génienne basse à gauche; il n'existe pas d'anesthésie dans les différents territoires, mais une adénopathie sous maxillaire sans caractère spécifique : ganglions, petits mobiles non indurés sans périadénite; les téguments sont normaux.

L'ouverture de la bouche est normale et l'on remarque d'emblée une tumeur siégeant sur la crête gingivale inférieure gauche et débordant dans le vestibule et vers le plancher en dedans; c'est une tumeur de la grosseur d'une noix recouverte d'une muqueuse congestive par endroits, ulcérée en d'autres, la palpation la montre ferme, élastique, non douloureuse; l'examen à la sonde nous la montre pédiculée; on peut en faire le tour enfin elle saigne facilement et au contact.

Cette tumeur mobilise les dents : dents de six ans en

arrière, latérale et canine en avant; le plancher buccal est absolument libre, la langue ne semble gênée dans les mouvements de protraction que par le volume même de la tumeur. On note enfin une édentation importante en créneaux; une douleur généralement érythémateuse des muqueuses. Etant donné l'état psychique, il est difficile de tester les dents.

La malade est traitée depuis de nombreuses années au Dyhydan.

La radiographie :

Un film endo-buccal rétro alvéolaire centré sur la région prémolaire inférieure gauche montre entre la dent de 6 ans en arrière et canine et latérale en avant les deux prémolaires étant absentes, des images pathologiques très intéressantes. Il existe une lyse du rebord alvéolaire très importante.

L'apex de la latérale répond à la crête osseuse, l'apex de la canine s'enfonce de deux millimètres environ dans l'os.

Entre le collet de la dent de six ans et la crête osseuse à sa jonction avec la racine, il y a environ douze millimètres.

La crête osseuse présentée dans son ensemble des images de décalcification et de condensation osseuse et d'avant en arrière un aspect ouaté périapical à la latéral, l'implantation de la canine, puis deux images osseuses triangulaires décalcifiées se prolongeant par des travées osseuses vers la superficie, puis une concavité de la taille d'une petite

cerise, une nouvelle épine osseuse précédant l'abord de la dent de 6 ans par la crête alvéolaire qui se relève à ce niveau.

Mais surtout et surmontant la crête, des images arrondies en nids d'abeille dont l'une très importante de la taille d'une petite cerise répond à la concavité précédente, une petite image arrondie de la taille d'un grain de riz la surmonte, en position mésiale et surmontant les deux épines osseuses triangulaires signalées, une autre petite image de la taille d'un petit pois. Entre elles on peut voir des images en étoile évoquant des travées osseuses.

Cet aspect polykystique est particulièrement caractéristique de ces images qui affleurent les collets des dents voisines.

Le temps de saignement est de trois minutes.

Le temps de coagulation de huit minutes.

22 Juin

Sous anesthésie loco-régionale avec préanesthésie au "Nargénol".

Extraction de g2 g3 g6

Excision au bistouri de la masse, on tombe sur un os résistant sauf en un point où il existe une petite spicule osseuse (celle vue à la radiographie) qui est réséquée à la gouge.

On pratique l'hémostase avec de la thrombase.

Les suites opératoires sont bonnes : applications

locales d'acide trichloreacétique; la malade est sortante cinq jours après l'intervention.

On conseille la prise périodique d'extraits hépatiques et de chlorure de calcium.

9-7-1956

Cette pièce opératoire présente plusieurs aspects :

1°- En périphérie, il existe un épithélium de type épidermoïde pluristratifié de type muqueuse buccale ou plus exactement muqueuse gingivale présentant par places des exulcérations; le chorion superficiel est en effet constitué par un tissu conjonctif assez oedémateux renfermant de nombreuses cellules inflammatoires, quelques lymphocytes, quelques plasmocytes et des capillaires dilatés.

2°- En profondeur existe une prolifération d'éléments fibroblastiques et histiocytaires avec de très nombreuses cellules multinuclées : les myéloplaxes.

Ces myéloplaxes sont situées dans un tissu conjonctif présentant par ailleurs un oedème important avec de nombreux capillaires dilatés.

En certains points, les capillaires sont directement bordés par les myéloplaxes, mais partout on note une paroi assez nettement individualisée et il ne s'agit pas de lacunes sanguines; enfin le centre de la tumeur correspondant probablement au pédicule renferme parmi de nombreux vaisseaux à paroi large béante du tissu fibroblastique assez dense et de nombreuses travées osseuses néoformées avec bordure ostéoblastique.

Il s'agit ici d'un os métaplasique avec organisation des cavités médullaires et même réaction fibreuse de cette moelle osseuse. Ces faits traduisent l'existence d'une épulis dite à myéloplaxes avec métaplasie osseuse importante au centre de la lésion au niveau du pédicule, il est particulièrement intéressant de noter ici l'apparition rapide de processus ossifiant au sein de ce tissu conjonctif.

Par ailleurs, il n'existe aucun élément suspect de malignité.

Avant de tirer les conclusions étio-pathogéniques de ces observations, il nous faut rappeler que si les tumeurs céphaliques sont parmi les localisations les plus fréquentes des tumeurs à myéloplaxes, elles n'en sont pas moins cependant plus rares que les localisations aux os longs, où leur siège de prédilection se trouve au voisinage du cartilage fertile près du genou loin du coude.

Les tumeurs des maxillaires constituent la majeure partie des tumeurs à cellules géantes céphaliques. Une statistique Américaine indique que pour deux cas à la fosse temporale, il a été trouvé vingt cas aux maxillaires.

Dans les formes maxillaires, à la consultation du Professeur DECHAUME à l'hôpital de la Pitié, l'atteinte centrale est la plus fréquente (10 cas dont deux avec maladie de RECKLINGHAUSEN), soit 60 % des cas, mais les localisations au rebord quoique rares ne sont pas exceptionnelles puisque nous avons pu en retrouver sept cas (soit 40 % des cas) alors que le nombre des épulis à myéloplaxes pour la même période ne se compte plus.

Il serait évidemment ambitieux de tirer des conclusions concernant ces tumeurs, sur le seul examen d'un nombre de cas aussi réduit; néanmoins, les notions déjà acquises sur le rôle joué par le terrain, sur la pathogénie du grand groupe des formations hyperplasiques auquel se rattachent les tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire confirment les constatations suivantes faites après ces sept observations.

Cette affection frappe le plus fréquemment des personnes dont l'âge se situe entre 40 et 50 ans (4 cas sur 7) mais peut se rencontrer à tous les âges : vieillard, homme, jeune, enfant.

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (5 observations sur 7) ceci n'est pas pour nous surprendre si nous considérons la fréquence des troubles endocriniens et les épisodes plus marqués de la vie génitale d'une femme.

L'étude des antécédents et des troubles de l'état général confirme tout ce que nous écrirons sur la pathogénie de ces tumeurs en essayant plus loin d'en dégager les grandes lignes.

Il s'agit rarement de malades présentant une affection particulièrement grave, mais toujours de malades à l'état général très déficient ou délabré.

Quatre examens du sang ont été pratiqués : ils ont montré trois anémies marquées dont l'une importante; une numération donne des résultats normaux, mais on connaît la périodicité de telles affections et un examen négatif ne permet pas de nier l'existence de troubles sanguins périodiques ou transitoires.

Le temps de saignement semble normal 6 fois sur 7 mais le temps de coagulation est perturbé 5 fois de façon souvent importante, il est 2 fois normal.

Si nous examinons les observations une à une, nous pouvons relever les troubles suivants :

Madame G. 65 ans, malade, hospitalisée.

Mr. Kh. homme jeune mais d'origine Nord-Africaine et nous savons le mauvais état général et la sous-alimentation fréquente de ces individus transplantés.

Mme B. tuberculose familiale.

Mme V. troubles hépatiques très importants.

Hystérectomie pour utérus fibro-kystique.

Il est intéressant de noter chez cette malade, au foie délabré la survenue d'une récurrence six ans après la première atteinte. Le traitement aux extraits hépatiques prescrit avait été arrêté depuis quelques années.

Enfant H. 10 ans séjour en préventorium, otites à répétition, polyadénopathies; milieu familial déficient : deux frères sont chétifs. Hypostaturaux, souvent malades.

Mme H mauvais état général.

Mme J. il s'agit d'une épileptique qui suit un traitement prolongé au Dihydan.

Nous voyons qu'il existe donc toujours un trouble de l'état général plus ou moins important mais constant.

Si nous considérons la localisation, nous notons que la tumeur siège cinq fois sur sept à la mandibule et de préférence à la région prémolaire première molaire.

Dans quatre observations le segment du rebord alvéolaire intéressé par le processus hyperplasique est édenté; la tumeur succède parfois à une extraction mais les dents sont présentes trois fois et elles sont soit mortifiées, soit vivantes quoique mobiles.

Remarquons qu'une malade a présenté successivement : une épulis, une épulis cellules géantes vérifiée radiologiquement, puis une tumeur à myéloplaxes; cette observation confirme le rôle joué par le terrain dans le développement de ces tumeurs hyperplasiques différentes.

Une deuxième malade ayant d'abord présenté une épulis, a ensuite été atteinte d'une tumeur à myéloplaxes.

Ces faits joints au mauvais état général, à l'infection locale fréquente surajoutée, aux microtraumatismes fréquents au niveau de la sphère buccale nous amènent à envisager la pathogénie de ces tumeurs au sujet de laquelle il convient maintenant de rappeler les thèses proposées.

Pour certains auteurs, dont Lubarsch en particulier, la formation à myéloplaxes est une néoformation chronique inflammatoire de résorption d'épanchements sanguins provoqués par des traumatismes ou l'infection. Il met en évidence la vascularisation de la tumeur. La situation des myéloplaxes par rapport aux vaisseaux.

Pour Geschiekter et Copeland, la tumeur est le fruit d'une hyperplasie et hypertrophie des ostéoclastes demeurés sur un lieu d'ossification enchondral. Ils font remarquer que ces tumeurs se voient dans les endroits où l'os succède au cartilage (A la tête fosse temporale et surtout maxillaires).

En fait maintenant, la plupart des auteurs considèrent les tumeurs à cellules géantes comme des productions hyper-

plasiques. Masson écrit : "Le développement de ces tumeurs hyperplasiques se fait à l'occasion d'une irritation chronique en marge d'une lésion inflammatoire. Leur point de départ est un tissu faisant partie de la fédération organique; leur accroissement est dû à l'irritation et cesse avec elle mais l'édifice de l'irritation peut survivre à celle-ci".

L'étude détaillée des sept observations précédentes nous confirme qu'il y a association de deux processus :

Le processus inflammatoire irritatif ou traumatique.

Le processus hyperplasique proprement dit :

Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet les notions bien connues du processus inflammatoire :

Lorsqu'il y a rupture de l'équilibre tissulaire; par exemple, lorsque des troubles divers entraînent une mortification avec nécrose tissulaire, il se produit une réparation qui fait intervenir dans un ordre déterminé des phénomènes bien connus : La vaso-dilatation provoque oedème, diapédèse et infiltration leucocytaire.

A cette phase d'exsudat inflammatoire succède une phase de réparation tissulaire qui aboutit à la formation d'un tissu de granulation. Les cellules conjonctives mobilisées et transportées sur les lieux de l'exsudat inflammatoire peuvent se transformer en : fibrilles collagènes (reconstruction), en macrophages (élimination des produits de nécrose), en lymphocytes (lutte contre l'infection), en cellules géantes multinuclées.

La réparation tissulaire accomplie peut avoir donné :
 une restitution ad integrum
 un processus de sclérose

une prolifération avec néoformation. Le processus hyperplasique qui intervient alors est une "déviation pathologique du processus de régénération tissulaire normal ayant pour aboutissant la formation d'un tissu pathologique aux dépens du tissu sain".

Le Professeur Dechaume écrit à ce sujet : "Les tumeurs hyperplasiques sont au cal ce que la chéloïde est à la cicatrice cutanée, le botryomycome ou l'épulis à la cicatrisation muqueuse."

Mais comment expliquer que ces différents facteurs étiologiques si souvent réunis, aboutissent aussi rarement à la création de tumeurs hyperplasiques ? Il nous faut remarquer ici qu'après l'ère d'Hippocrate où le terrain était considéré comme l'élément essentiel de la pathologie, la médecine est entrée dans l'ère microbienne avec Pasteur. Certains l'ont dès lors, considérée comme une science quasi-mathématique; la notion de terrain a été complètement perdue de vue et c'est le grand mérite de Leriche d'en avoir rappelé, dans ses travaux, l'importance primordiale.

Le Professeur Dechaume a souligné ces travaux et dans ses écrits a toujours soutenu et démontré le rôle important joué par les troubles de l'état général.

L'étude de nos observations nous a déjà permis de relever les troubles toujours constants de l'état général de ces

malades porteurs de tumeurs hyperplasiques. Elle confirme le mécanisme producteur de telles tumeurs qu'il convient de rappeler maintenant : il y a conjonction de facteurs locaux et généraux.

Les facteurs locaux sont : le traumatisme et l'on sait la fréquence des petits traumatismes répétés au niveau de la sphère buccale, nous avons pu noter qu'il existait presque constamment une infection latente : mauvais état de la bouche, présence de tartre, de culs de sac, de dents mortifiées et de résines négligées. L'irritation est souvent provoquée par une prothèse mal ajustée, un amalgame débordant, des crochets de prothèse, un articulé défectueux.

Le facteur général a été souligné par le Professeur Dechaume d'abord au sujet des épulis en 1932, puis pour les tumeurs à myéloplaxes depuis 1933 et les années suivantes : "On trouve toujours des troubles de la crase sanguine chez ces malades" écrit-il "ces troubles sont une anémie hyperchrome ou une anémie hypochrome; il y a le plus souvent leucocytose parfois très élevée; parfois les troubles ne portent pas sur la numération mais sur la formule sanguine; on peut presque toujours noter une éosinophilie ou une granulopénie; chez d'autres malades, le temps de saignement, le temps de coagulation sont perturbés!"

Notons à ce sujet qu'un examen peut être normal mais on connaît la périodicité, l'évolution cyclique de telles affections.

Cette constatation de troubles de la crase sanguine ne doit pas suffire, il faut rechercher des troubles de l'état général qui l'expliquent : par un interrogatoire minutieux, un examen attentif, relever les antécédents héréditaires et personnels présents ou anciens, les affections présentées et les compléter par des examens de laboratoire : cutiréaction, vitesse de sédimentation, réaction de Bordet Wasserman, recherche du sucre et de l'albumine dans les urines, pratiquer des dosages hormonaux.

Les troubles notés sont parfois nombreux, souvent différents. Maladies congénitales hémophilie hémogénie surtout.

Des états particuliers à la femme : grossesse (une observation) hystérectomie (une observation) ménopause.

Des troubles glandulaires : affections hépatiques par insuffisance essentiellement, insuffisance surrénalienne, maladies de la thyroïde ou des para-thyroïdes;

Avitaminoses par carence ou insuffisance hépatique (une malade).

Parasitoses diverses : paludisme parfois.

Affections chroniques : tuberculose; syphilis.

Affections génitales avec retentissement sur le système glandulaire chez la femme.

Tous^{les}/états les pathologiques enfin "car il n'existe aucun processus morbide qui ne retentisse nécessairement sur le milieu sanguin".

Le trouble sanguin peut disparaître laissant la tumeur dont il a favorisé l'apparition. Celle-ci ne se développe

plus mais demeure; elle peut guérir rapidement avec le traitement; sa persistance conditionne les récides. Le Professeur Dechaume écrit : "l'intensité des troubles commande l'importance et l'accroissement plus ou moins rapide de la tumeur hyperplasique" Il poursuit : "cette pathogénie permet de comprendre des faits dont ne rend pas compte la théorie de la tumeur à myéloplaxes : des cas sur plusieurs membres d'une même famille (observation de trois épulis sur la grand'mère, la mère et la fille dont deux contenaient des myéloplaxes;) la localisation successive du processus en divers points du squelette à plusieurs années d'intervalle".

Il est intéressant de noter, à ce sujet, que des troubles identiques peuvent provoquer des accidents pathologiques différents (une de nos malades a présenté d'abord une épulis à cellules géantes puis une tumeur à myéloplaxes).

C L I N I Q U E

Quelles constatations cliniques pouvons-nous tirer de l'étude de ces observations ?

Les signes de début de cette affection amènent rarement le malade à consulter.

Parfois, la tumeur est découverte à l'occasion d'une extraction, la cicatrisation ne se fait pas. Il persiste des petits phénomènes inflammatoires et un bourgeonnement charnu du fond de l'alvéole se produit, de couleur vineuse muriforme.

Parfois, le malade vient consulter parce que le port d'une prothèse est devenu impossible ou parce qu'il a constaté la mobilisation indolore d'une ou plusieurs dents; mais il n'existe pas de cul de sac, les dents sont vivantes.

Le diagnostic est parfois fait à l'occasion d'un examen radiographique systématique.

En fait, la malade - car il s'agit le plus souvent d'une femme - vient consulter car elle a constaté l'apparition progressive sur la crête alvéolaire d'une tuméfaction d'abord recouverte d'une muqueuse saine mais qui, peu à peu, croît, augmente de volume, se recouvre d'une muqueuse qui perd son aspect normal; en effet, les tumeurs du rebord alvéolaire ont une extériorisation beaucoup plus fréquente que les tumeurs centrales.

A ce stade il est rare de noter un épaissement encore discret des tables externe et interne, parfois une petite crépitation parcheminée qui fait penser à un kyste mais cette tuméfaction est plus superficielle, elle ne siège pas en regard

des apex, et parfois la notion éventuelle de dent vivante doit faire penser à une tumeur à myéloplaxes et la rechercher.

C'est en règle à la période d'état que les tumeurs sont vues. Des signes fonctionnels et généraux témoignent rarement de l'affection : petites douleurs vagues, en fait cette tuméfaction est indolore. On peut noter des troubles de l'état général, fièvre, amaigrissement; mais ce sont souvent des facteurs préexistants, favorisant même l'apparition et l'accroissement de la néoformation à cellules géantes.

L'interrogatoire s'attache à relever les antécédents héréditaires et personnels.

L'examen clinique est essentiellement loco-régional.

Exo-buccal tout d'abord.

Le plus souvent la tumeur ne s'extériorise pas; le visage reste symétrique, il n'y a pas de modifications des reliefs faciaux, il n'existe pas de fistule; les téguments sont de coloration normale.

Parfois, cependant, on peut noter une modification visible: dans deux observations, on relève une tuméfaction de la région génienne basse, dans une autre un soulèvement de la lèvre supérieure mais toujours le tégument reste normal ne participe pas au processus; à la palpation, la mobilité indolore des plans superficiels par rapport à la tuméfaction sous jacente est respectée.

La palpation permet dans ce cas de noter les limites de la tuméfaction (de la grandeur d'une pièce de un franc dans une de nos observations).

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas d'adénopathie s'il n'y a pas d'affection buccale surajoutée; une adénopathie peut exister, mais est-elle une conséquence de l'affection ?

Après ouverture normale de la bouche, notre attention est attirée par le processus hyperplasique qui, cliniquement, se présente fait important comme une épulis. Cette pseudo-épulis se présente sous forme d'une tuméfaction siégeant sur la crête gingivale, le plus souvent dans la région prémolaire première molaire inférieure; parfois dans la région incisivo-canine supérieure; le plus souvent l'alvéole est déshabitée. Cette grosseur déborde dans le vestibule et dans le plancher ou vers le palais; de grosseur variable elle va à ce stade de la grosseur d'une cerise à celle d'une noix.

Elle est sessile ou pédiculée, ce pédicule peut s'insinuer entre racine et paroi alvéolaire.

Cette tuméfaction est soit recouverte d'une muqueuse encore normale, quoique congestive, soit le plus souvent d'une muqueuse hyperplasiée, ulcérés même, rouge violacé. d'aspect muriforme qui saigne facilement au contact.

A la palpation qui est indolore, elle a une consistance rénitente et élastique sur la crête, molle en certains points, parfois pulsatile si elle est très vascularisée. L'os est souvent soufflé, les tables osseuses dans leur tiers supérieur environ sont irrégulières, bosselées, cartilagineuses; cette sensation n'est pas retrouvée à distance mais seulement en regard de l'hyperplasie de la crête.

Cette consistance est plus molle que celle du tissu osseux moins liquidienne que celle du kyste.

Les dents au voisinage de la tumeur sont souvent repoussées, un chaos dentaire est possible; parfois, les dents sont vivantes, mobiles; elles sont fréquemment mortifiées ou réduites à l'état de racine; parfois, le segment osseux intéressé par le processus est édenté.

Le plancher et le vestibule sont libres; il n'existe pas de cellulite surajoutée, les mouvements de protraction de la langue sont respectés, le reste de la muqueuse est normal, parfois légèrement érythémateux. Si la tumeur atteint un volume important comme dans une de nos observations, elle peut entraîner un certain degré de gêne fonctionnelle, les dents de l'arcade opposée peuvent imprimer leurs cuspidés.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité muqueuse. Les dents qui demeurent sur les arcades sont soigneusement examinées, les caries notées ainsi que l'insuffisance ou l'absence de traitement radiculaire des dents mortifiées, la présence de tartre.

La ponction de cette tumeur ramène un liquide sanglant tout à fait évocateur de la formation à cellules géantes. La biopsie n'est pas en règle pratiquée à ce stade, l'examen histologique n'étant fait qu'après cure radicale.

L'examen sera aussi général : nous examinerons soigneusement les appareils digestifs (recherche en particulier de troubles hépatiques) endocriniens, rénaux, cardiovasculaires.

Une numération et une formule sanguine sont demandées.

Le temps de saignement et le temps de coagulation recherchés. Accessoirement, l'épreuve de Bordet-Wasserman sera pratiquée.

Mais le temps essentiel de l'examen en présence de cette tumeur pseudo-épulidienne est l'examen radiographique. Il permet seul d'affirmer ou d'infirmer l'atteinte osseuse que l'examen clinique est insuffisant à déterminer dans tous les cas. Il est le temps capital du diagnostic différentiel.

R A D I O L O G I E

Technique.

On utilisera des films endo-buccaux : dans la majorité des cas, le film retro dentaire ordinaire 3x4 cm. est suffisant parfois il y a intérêt à utiliser un film mordu 5x7 cm. Ce n'est que dans le cas de lésion étendue qu'on demande des films extra-buccaux : type maxillaire défilé.

Mais la technique endobuccale est en règle suffisante contrairement aux tumeurs centrales qui ne sont souvent vues en totalité que sur des clichés plus importants.

On répètera au besoin les clichés car les images obtenues sont souvent fines et il est nécessaire d'avoir des images nettes.

Les résultats de l'examen radiologique :

Nous rappellerons tout d'abord les données radiologiques essentielles caractérisant les tumeurs à cellules géantes en général.

Dans tous les cas, le développement de la néoformation est caractérisée par : une image destructive et jamais constructive - une limitation dans tous les sens de cette destruction - un refoulement de la corticale et du périoste et leur non destruction.

L'élément radiographique primaire est "la géode" claire sphérique ovalaire nettement limitée, refoulant de façon inégale par son développement concentrique la corticale; cette extension peut être :

générale pour les petits os

partielle pour les gros os

localisée, forme sous périostée de Nélaton, c'est une encoche latérale creusée dans l'os "comme si le point de départ était la face interne du périoste".

Au sein de cette image primaire on peut voir des cloisons de refend, dessinant des alvéoles ce qui donne une image en nid d'abeilles.

C'est une lésion limitée non constructive; l'os avoisinant est flou, en fond de coquetier.

Au niveau du rebord alvéolaire, la forme réalisée est la forme sous périostée de Nélaton, encoche creusée dans le bord supérieur de l'os, c'est-à-dire se projetant sur les clichés, fait essentiel à retenir pour le diagnostic, entre la ligne idéale joignant les apex et la ligne qui réunit ou réunirait le collet des dents.

Classiquement, comme nous l'avons vu dans trois de nos observations, cette encoche latérale reproduit typiquement l'élément primaire décrit plus haut. Elle donne une image ovulaire pseudo kystique, enchassée dans l'os comme un diamant entre les griffes d'une bague, elle présente dans sa masse des cloisons de refend et elle est limitée en superficie par un trait très fin.

Cet examen permet d'apprécier ses dimensions intéressantes à connaître pour juger de l'extension dont la connaissance est utile à l'intervention.

On apprécie, également sur le cliché, l'aspect de l'os environnant qui présente souvent des plages de décalcification alternées avec des plages de condensation.

On note également les rapports des dents et de la tumeur, leur état coronaire et surtout radiculaire.

Mais souvent les images réalisées ne sont pas aussi nettes, l'image pseudo-kystique n'est pas toujours retrouvée et le diagnostic est plus difficile; c'est dans ces cas que nous répèterons les clichés et ferons varier les incidences.

L'étude de la radiographie doit être particulièrement attentive et fine.

Il existe dans ces cas où l'image n'est pas typique, une tache décalcifiée à contours flous, irréguliers, réalisant des images floconneuses nuageuses et qui se projettent entre apex et collets des dents; c'est-à-dire en fait, dans le tiers supérieur de la mandibule, dans la zone sous sousienne au maxillaire supérieur.

Cette image floconneuse présente une base irrégulière ouatée traduisant la lyse osseuse; il ne faut pas la confondre avec des ponts osseux allant de la crête à la tumeur, ou des spicules qui traduisent la présence d'une épulis ossifiées mais où il y a construction et résorption osseuse en certains points mais où il n'existe pas de processus de lyse osseuse. Nous rappellerons ces éléments au diagnostic différentiel.

A un examen attentif, on parvient, le plus souvent, connaissant la grosseur de la tumeur, à percevoir sa projec-

tion sur le cliché qui se traduit par des zones d'ombre et un petit liseré très fin qui se projette sur les dents voisines si elles existent et sur l'os.

L'os en profondeur est souvent condensé comme atteint d'ostéite fibreuse. La radiographie indispensable au diagnostic positif n'est pas moins essentielle au diagnostic différentiel qui ne peut trouver sa place ici. A l'occasion de son étude, nous développerons les éléments radiologiques utiles à son déroulement.

HISTOLOGIE

Rappelons ce que nous disions à l'introduction. L'examen histologique n'est qu'un élément du diagnostic positif des tumeurs à myéloplaxes. Il ne peut, en aucune façon, servir au diagnostic différentiel. L'Anatomo-pathologiste peut dire s'il y a des myéloplaxes dans la coupe examinée, les principaux caractères des tissus d'accompagnement, il ne peut nullement préjuger de leur localisation; c'est au clinicien de la faire.

A l'examen macroscopique, la néoformation présente les caractères suivants :

En profondeur, tantôt la tumeur est bien limitée, tantôt adhérente à l'os mais toujours l'os voisin est poreux décalcifié, alors qu'il existe une condensation osseuse sous jacente.

En surface, la muqueuse est parfois normale, mais le plus souvent congestive présentant dans certains cas des ulcérations, des formations bourgeonnantes; il existe très souvent de l'œdème, une vaso-dilatation traduisant un certain degré d'inflammation.

A la coupe, la tumeur est soit uniloculaire, soit multiloculaire en nid d'abeille avec des cloisons de refend. Le contenu est un tissu charnu très hémorragique, rappelant le tissu splénique avec les lacs sanguins ou séro-sanguins. Souvent, il existe dans la masse des amas lipoidiques sous forme de taches jaunes.

L'examen microscopique montre un tissu de granulation très vascularisé comprenant des éléments cellulaires; cellules géan-

tes multinucléées et cellules conjonctives d'aspect variable; et un tissu intermédiaire.

Les myéloplaxes sont des cellules géantes (elles mesurent de 80 à 100 μ) elles ont un protoplasme abondant basophile qui montre un réseau de chromatine à la périphérie et qui contient 15,20 parfois 200 noyaux, des vacuoles nombreuses contenant des dépôts graisseux et des inclusions hémossidériques qui ont pu faire attribuer par certains, un rôle de résorption sanguine à ces cellules. Ce protoplasme émet des prolongements qui l'unissent aux cellules fusiformes.

Les myéloplaxes sont répartis irrégulièrement, le plus souvent autour des vaisseaux ou des lacs sanguine.

Le conjonctif est formé d'un tissu de granulation très riche en vaisseaux néoformés; il est oedémateux dans les tumeurs à extension rapide, fibreux et riche en collagène dans les tumeurs peu extensives.

On rencontre des suffusions hémorragiques en de nombreux endroits où le sang fait irruption hors des capillaires et circule librement entre les cellules. Des cellules semblables aux cellules fusiformes tapissent la paroi endothéliale des vaisseaux. Parfois même des plasmodes sont vues à l'intérieur du vaisseau constatation qui a conduit certains auteurs à attribuer une origine endothéliale aux myéloplaxes.

Et ceci nous amène à parler de leur nature qui est très discutée. Endothéliale ou mésenchymateuse ?

Pour les uns, les myéloplaxes proviennent des endothélies capillaires.

Pour d'autres du tissu conjonctif lui-même, par métaplasie des cellules mésenchymateuses.

D'autres enfin considèrent qu'ils seraient originaires de la moelle osseuse.

Geschickter, Copeland, Von Albertini, Pulh et Dawson leur attribuent une origine mésenchymateuse, due à la présence de débris mésenchymateux embryonnaires dans le tissu osseux. Il y aurait hyperplasie des ostéoclastes demeurés sur un lieu d'ossification enchondral et ils font remarquer que ces tumeurs sont rencontrées près des cartilages fertiles.

Geschickter et Copeland écrivent qu'il existe une parenté entre cellules géantes et conjonctives. Pulh affirme que les premières dérivent des secondes.

Pour Nelaton, la cellule géante viendrait du tissu osseux adulte; sa thèse est soutenue par Cornil et Ruppe.

Masson les range dans la série ostéogénique. Mallassez et Monod les rattachent au tissu vasculaire et les font dériver des endothélies. De même Bard, Zeyland, Collman et Brosch, Recklinghausen, Lubarsch, Konjetny, Axhausen,

Lecène propose le nom de dystrophie osseuse hémorragique. Brosch dit qu'il s'agit "d'un processus consécutif à des hémorragies intra osseuses", le tissu giganto-cellulaire, poursuit-il "est spécifiquement destiné à la résorption des épanchements sanguins." Cette opinion est partagée par Leroux.

En fait, le diagnostic histologique de tumeur à myéloplaxes doit être posé avec réserve.

On ne peut pas dire tumeur à myéloplaxes sur la simple

constatation de cellules géantes à l'examen. Cette cellule géante est, en effet, rencontrée dans d'autres lésions : l'ostéo-sarcome en particulier; et ce serait une faute grave que de "qualifier tumeur à myéloplaxes toutes lésions osseuses ou s'en voient quelques unes" (Moulonguet).

Pour affirmer tumeur à myéloplaxes, il faut qu'il y ait :

- 1°- un nombre important de myéloplaxes
- 2°- un stroma très riche en néovaisseaux
- 3°- l'absence totale de signes de malignité: le véritable Sarcome à myéloplaxes, l'ostéosarcome se caractérise par un très grand polymorphisme avec abondance de mitoses et monstruosité nucléaires.
- 4°- le caractère purement destructif de la néoformation.

Mais l'examen histologique permet de juger du potentiel évolutif des tumeurs considérées. En 1943, Delarue et Denoix ont insisté sur les variétés évolutives des tumeurs à myéloplaxes. Leur conclusion "valable pour les os longs" peut être transposée au niveau des maxillaires (Cernéa).

Fauconnier et Ketelslegers ont confirmé en 1951 ces opinions :

Dans les formes régressives ou stoppées, la tumeur est de volume limité, les histiocytes présentent une tendance manifeste à la transformation fibroblastique, alors que "du tissu osseux s'élabore au contact de l'ostéolyse corticale".

Dans les formes extensives, il existe de nombreuses cellules fusiformes et de nombreuses cellules géantes. Il s'y associe de nombreuses hémorragies interstitielles, de la né-

crose; il n'y a pas de réaction fibreuse ni de tendance à la limitation. La tendance ostéolytique est très grande (Baclesse).

Rappelons, à l'issue de ce rappel histologique et des distinctions éventuelles entre formes extensives et regressives, l'importance capitale du terrain dans ce problème. Ses perturbations conditionnent ces différentes formes.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS A MYELOPLAXES DU REBORD ALVEOLAIRE.

Le diagnostic positif des tumeurs à cellules géantes du rebord alvéolaire repose sur :

La clinique.

la tuméfaction, ses caractères, la participation osseuse décelée parfois à cet examen.

La ponction qui ramène du sang.

Les résultats de la radiologie.

L'histologie.

Cet examen est en général pratique après l'intervention. On pratique dans ce cas une biopsie exérèse. Il confirme le diagnostic de tumeurs à myéloplaxes émis sur la notion clinique de tumeur hyperplasique du rebord alvéolaire avec lyse osseuse à la radiographie et un liquide sanguin ramené par la ponction.

Nous venons de voir les conditions exigées à l'examen anatomo-pathologique pour pouvoir affirmer qu'il s'agit de tumeur à myéloplaxes.

Le diagnostic différentiel repose sur le rapprochement de plusieurs ^{signes}/cliniques essentiellement :

L'examen radiographique

La ponction

La biopsie.

On éliminera successivement :

1°- Les tumeurs profondes extériorisées au niveau de la gencive par la radiographie en particulier.

Tout d'abord, les tumeurs à myéloplaxes centrales, leur distinction tient à leur localisation réciproque, les tumeurs profondes sont beaucoup plus étendues, les signes locaux plus importants.

Essentiellement à l'examen radiographique, l'image tumorale est développée aux dépens de toute la hauteur de l'os, son point de départ est plus profond au delà de la ligne des apex. Cette tumeur ne s'étend que secondairement à la superficie alors que les tumeurs du rebord qui ont l'aspect clinique des épulis en règle générale, se développent dans le segment osseux compris entre collets et apex des dents; ils ne dépassent pas en profondeur la ligne des apex.

Les Angiomes profonds extériorisés

graves car évolutifs et susceptibles de dégénérer, une thérapeutique intempestive (biopsie - exérésé) due à une erreur de diagnostic peut déterminer une hémorragie redoutable.

Longtemps latents, souvent découverts à l'apparition d'une tumeur molle, battante expansive après une extraction, à l'occasion d'une hémorragie cataclysmique survenant après une avulsion.

Le diagnostic est souvent délicat, l'histologie n'est pas toujours explicite, la radiographie montre une image cloisonnée grillagée.

les Kystes.

image à double contour caractéristique. La coexistence d'une image radioclaire supportant des dents mobiles mais vivantes doit faire suspecter une tumeur à myéloplaxes.

2°- Les tumeurs superficielles : Essentiellement les Epulis.

Le diagnostic est facile pour les épulis banales. Il peut être plus difficile pour les épulis ou l'Anatomo-pathologiste trouve des cellules géantes. Elles sont souvent confondues avec les tumeurs du rebord. Et le propos principal de cette étude est de les distinguer. Certains auteurs (Géry, Noeppel) ont prétendu que les cellules géantes contenues dans les épulis ne seraient pas des myéloplaxes mais des histioplaxes doués des mêmes propriétés sauf du pouvoir ostéoclasique. (On trouve des Epulis ossifiées, l'Histioplaxe serait doué du pouvoir ostéogénique).

Aucun fait nouveau n'est venu pour le moment, éclairer cette thèse. Il reste qu'en aucun cas les épulis à cellules géantes ne provoquent une lyse osseuse; elles entraînent, tout au plus, une résorption du rebord alvéolaire. Rappelons que les épulis ne naissent pas du tissu osseux mais de la gencive. C'est ce facteur, qui appliqué à l'examen clinique et essentiellement radiologique, permet de les distinguer.

Dans le cas d'une épulis, il n'existe radiologiquement le plus souvent aucune image osseuse; mais, parfois - et c'est dans ces formes où le diagnostic est le plus délicat - on peut voir une travée osseuse en pont adhérente au rebord

où une spicule de la crête donnant une trainée qui s'harborise au sein de la masse épulidienne. Mais, fait capital sur lequel nous n'insisterons jamais assez, il n'y a pas de lyse osseuse sur le cliché tout au plus existe-t-il une résorption du rebord alvéolaire avec des images sous jacentes de condensation, alors que la tumeur à myéloplaxes du rebord alvéolaire se traduit, soit par l'image typique pseudo-kystique enchassée dans le rebord alvéolaire, soit par une image floconneuse, décalcifiée, encochant le rebord et dont la base d'implantation n'a pas de limite nette, mais présente un aspect ouaté caractéristique.

Certaines épulis peuvent présenter, dans leur masse, une ossification mais qui reste indépendante du rebord, cette forme ne pose pas de problème.

L'intervention confirme ces données et rétablit le cas échéant, une erreur de diagnostic due à un examen trop superficiel :

- Les papillomes
- Les Angiomes superficiels de diagnostic difficile, tant la vascularisation de ces deux formations est souvent importante.
- La gingivite hypertrophique qui peut être considérée comme un stade de début de l'épulis.

EVOLUTION & COMPLICATIONS

Il existe des variétés évolutives nombreuses. Rappelons que l'examen histologique permet de différencier des formes stabilisées et des formes extensives.

La guérison spontanée est exceptionnelle; elle a été signalée pour des tumeurs centrales des os par calcification. Nous n'avons pas retrouvé d'observation semblable au niveau de la sphère buccale.

La guérison opératoire est la règle; mais les récurrences à plus ou moins longue échéance sont possibles. La connaissance de la pathogénie de ces tumeurs doit nous faire associer traitement local et traitement général pour obtenir la modification du terrain facteur favorisant le développement de telles tumeurs.

Certaines formes présentent une gravité certaine du fait de leur rapide accroissement, des accidents hémorragiques éventuels et de l'infection post-opératoire possible.

Les autres complications de ces tumeurs sont :

Mécaniques

- Rhyzalyse des dents voisines.

- Ecartement et mobilisation des dents.

- Impossibilité du port d'une prothèse.

- Troubles de la mastication et de l'articulation :

Osseuses

- La lyse osseuse : elle est, en fait, un des éléments du tableau clinique.

- Les fractures ne se rencontrent que dans les tumeurs centrales.

T R A I T E M E N T

Le traitement des tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire comporte deux aspects : traitement général et traitement local; et trois phases : préopératoire, opératoire et post-opératoire.

I - LES BUTS POURSUIVIS -

1°) Le traitement général.

Il sera pré et post-opératoire comme l'a magistralement démontré le Professeur Dechaume : le déséquilibre humoral provoqué par des troubles pathologiques divers conditionne :

par son intensité le développement de la tumeur

par sa persistance les récidives

par sa disparition ou sa diminution les formes

évolutives avec l'influence concomitante des

causes locales.

On pratique les différents examens complémentaires : recherche du temps de saignement, du temps de coagulation formule sanguine, numération globulaire, Test de Nelson, B.W. après un examen clinique soigneux.

Que les troubles de la formule sanguine apparaissent de façon plus ou moins évidente, on prescrira des extraits hépatiques en injections intra-musculaire préopératoires. Les trois jours qui précèdent l'intervention, le malade prendra quatre grammes par jour de chlorure de calcium. Si les troubles de la coagulation sont nets, on prescrira de la vitamine K, de l'arrhémapectine, et on aura éventuellement recours, lors-

qu'il existe des perturbations importantes et que l'on redoute une hémorragie à une petite transfusion de 200 à 500 cc.

On soigne l'affection générale éventuellement retrouvée, source des troubles de la crase sanguine (correction des troubles endocriniens surtout mais aussi traitement spécifique tuberculose, syphilis).

Des extraits hépatiques seront également prescrits après l'intervention; ce traitement poursuit un triple but :

- Eviter l'hémorragie opératoire et post opératoire que nous devons redouter étant donnée la vasculatisation de la tumeur.
- Favoriser la cicatrisation.
- Eviter les récidives.

2°) Le traitement local.

Tout d'abord, mise en état de la bouche : suppression des foyers d'infection de voisinage et correction de la septicité buccale.

Cette mise en état, qui doit être particulièrement soignée dans le traitement des formes centrales avant toute radiothérapie (Nous savons, en effet, l'importance capitale de la suppression des foyers infectieux éventuels sur lesquels on ne pourrait intervenir par la suite sans risquer une radionécrose dont il est inutile de rappeler le tableau dramatique), doit cependant être poursuivie avec rigueur dans ces formes superficielles. La radiothérapie seule, ou la chirurgie plus la radiothérapie sont à rejeter, étant donné l'ablation facile

de la tumeur par la chirurgie seule, la septicité buccale, l'ostéoradionécrose éventuelle, la possibilité de dégénérescence maligne, la longueur du traitement et les troubles de croissance des maxillaires chez les jeunes.

Le traitement chirurgical est nettement suffisant dans ces formes localisées : il est simple, rapide, efficace,

L'intervention utilisera :

Le bistouri ordinaire, fin très coupant qui permet de disséquer la tumeur, on terminera l'opération par la cautérisation de la surface d'implantation avec le galvanocautère ou un tampon imbibé d'acide trichloreacétique.

Le bistouri électrique (Dechaume) "entre des mains expérimentées, il ne donne aucune nécrose osseuse, aucune mortification dentaire".

L'électro-coagulation mais elle empêche l'examen histologique car elle abîme la pièce prélevée.

Tous font suivre le curetage d'une électro radionécrose des parois de la cavité, la suppuration qui accompagne l'élimination d'un séquestre est pour Cernéa un facteur favorable mettant à l'abri des récidives.

II - LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES -

1°) - Traitement préopératoire.

Nous ne ferons que rappeler ce qui précède :

Traitement du terrain.

Mise en état de la bouche.

2°) - L'intervention.

La préanesthésie.

Deux heures avant l'intervention, on pratique une injection sous cutanée de "préanesthogénol"(Nargenol) (effet immédiat).

Une heure après une injection du même produit intra-musculaire (effet retard).

Cette préanesthésie permet d'obtenir une conscience crépusculaire propice à l'opérateur qui intervient dans le calme et à l'opéré qui ne garde aucun mauvais souvenir mais conserve, cependant, une partie de sa lucidité et de ses réflexes.

L'Anesthésie locorégionale.

Régionale, selon le cas, on pratique :

à la mandibule anesthésie du nerf maxillaire inférieur, selon la technique de Bercher et Puig.

au maxillaire supérieur anesthésie du nerf maxillaire supérieur à son émergence au trou grand rond par la méthode extra buccale ou sous malaire.

Cette anesthésie tronculaire est complétée par une anesthésie locale injection prépériostée de xylocaïne.

L'intervention.

On pratique l'avulsion éventuelle des dents intéressées par le processus hyperplasique.

Puis, avec le bistouri électrique, on pratique soit une incision arciforme suivant la crête si la muqueuse gingivale est normale, soit le plus souvent une section en segment d'orange à petite distance des bords de la partie superficielle-

le de la tuméfaction, puis on décolle la masse, des tissus environnant en allant de proche en proche; on rugine la muqueuse saine sur les tables, on cherche à énucléer cette masse ressemblant à du tissu splénique en bloc; on curette soigneusement l'alvéole pour enlever tous les tissus hyperplasiés; on est très souvent gêné par l'hémorragie souvent importante tant la tumeur est vascularisée, on cautérise au bistouri électrique de préférence à l'électro-coagulation ou à l'application limitée d'acide trichloreacétique.

Avec une petite gouge, on enlève la base d'implantation osseuse de la tumeur; on régularise à la pince gouge ou à la fraise les aspérités et irrégularités des bords osseux. On peut placer dans la cavité un petit cube de "spongel" imbibé de thrombase et saupoudré de pénicilline. On suture par points séparés.

Les complications en cours d'intervention sont :

a) essentiellement l'hémorragie.

Cependant, la thérapeutique préopératoire fait que ces hémorragies sont exceptionnellement cataclysmiques, elles constituent, en fait, simplement une gêne à l'intervention.

b) L'ouverture du Sinus ou des fosses nasales.

En présence de cet accident, nous adopterons l'attitude thérapeutique classique dans les ouvertures intempestives des sinus ou des fosses nasales au cours des interventions stomatologiques.

c) Les accidents nerveux.

L'atteinte du tronc du Nerf dentaire inférieur.

Cette éventualité doit nous conduire à un curetage soigneux mais prudent des régions apicales au maxillaire inférieur.

L'intervention sera complétée par l'injection péri-faciale de quelques gouttes de xylocaine destinée à corriger les troubles circulatoires (Leriche).

3°) - Le traitement post-opératoire.

Dans les jours suivants :

 Injections péri-faciales.

 Applications sur la plaie d'acide trichoreacétique.

 Le traitement général sera poursuivi longtemps; le malade surveillera son état général par des consultations périodiques qui dépisteront et corrigeront un trouble éventuel.

CONCLUSIONS

Parmi les tumeurs à myéloplaxes des maxillaires, il faut distinguer : les formes centrales parfaitement connues et décrites et les formes du rebord alvéolaire qui sont plus rares, et qui se présentent le plus souvent comme des épulis auxquelles la plupart des cliniciens les assimilent par erreur.

Nous ne devons en aucun cas, confondre des tumeurs nées du rebord alvéolaire, d'origine osseuse et contenant des myéloplaxes avec certaines formes cliniques des tumeurs hyperplasiques d'origine gingivale où épulis contenant également des cellules géantes.

L'étude de sept observations de tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire, nous a permis de recueillir les renseignements cliniques et radiologiques qui nous autorisent à en dresser un tableau clinique et à noter les éléments essentiels aux diagnostics positif et différentiel.

Les antécédents, les troubles de l'état général et du sol hématique constatés chez ces malades confirment l'étiopathogénie déjà connue de ces tumeurs qui longtemps considérées dans leur ensemble comme des formations malignes, sont de nature bénigne, et appartiennent à la famille des tumeurs hyperplasiques dont l'existence est conditionnée par l'association d'un trouble local et d'un trouble de la crase sanguine, que peuvent entraîner toutes les affections générales.

Les myéloplaxes ne sont nullement pathognomoniques de telles tumeurs. L'histologie permet d'affirmer tumeur à cellules géantes mais ne permet pas de distinguer les épulis à cellules géantes des tumeurs à myéloplaxes du rebord alvéolaire.

Ces tumeurs surviennent principalement entre la quarantaine et la cinquantaine, de préférence chez les femmes et se rencontrent surtout à la mandibule.

Elles se présentent le plus souvent comme une épulis sous forme d'une petite tumeur bourgeonnante rouge violacé dont la ponction ramène du sang, rarement sous forme d'un épaissement localisé du rebord alvéolaire.

L'examen clinique permet parfois de percevoir la participation osseuse; mais cette origine osseuse ne fait le plus souvent sa preuve qu'à l'examen radiographique, temps essentiel de l'examen et indispensable au diagnostic.

La radiographie montre une ostéolyse importante avec une dépression de la crête surmontée soit d'une image typique pseudokystique, soit d'une image floconneuse à limites floues décalcifiées.

Le diagnostic positif est porté sur le groupement de la clinique de la radiologie et de l'histologie.

Le diagnostic différentiel élimine facilement la plupart des affections qui peuvent se voir sur le rebord alvéolaire. Le diagnostic principal et souvent délicat, est celui des épulis à cellules géantes. Mais dans ces cas

il n'y a pas participation osseuse pas l'ostéolyse à la radiographie mais une résorption osseuse devant le processus hyperplasique.

Les récurrences peuvent se voir et sont en relation avec la persistance du trouble de l'état général.

Quelques complications mécaniques sont possibles.

Le traitement de telles tumeurs doit être simple :

Général. Correcteur des troubles de la crase sanguine et de l'affection étiologique; il doit être prolongé.

Local excision de la tumeur au bistouri électrique curetage soigneux mais prudent de l'alvéole sous couvert d'une préanesthésie et d'une anesthésie correcte.

A la condition d'une thérapeutique générale et locale bien conduite, de telles affections sont aisément curables sans entraîner des dégâts osseux considérables.

Soulignons en conclusion l'importance du terrain dans la pathogénie de ces tumeurs, de l'examen radiographique dans le diagnostic positif et différentiel qui permet d'éliminer les épulis dont elles empruntent le plus souvent l'aspect et dont il est essentiel de les distinguer.

Vu : Le Doyen

Vu : le Président de Thèse

L. BINET

M. DECHAUME

Vu

et permis d'impression

Le Recteur

de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE S.

A propos des tumeurs à cellules géantes
Ann. d'Anatomie Pathologique 1928 P.513 527

ABADIE & COSTIL

Deux cas d'épulis volumineuses
Bulletin et Mémoire de la Société d'Anatomie
Juillet 1905 tome VII P.620 622

AMIES

Les Epulides (Tumeurs à myélopaxes des lèvres)
Annales of the Royal College of Surgeons
Avril 1951 -8- p.309 318

AMOEDO

Etude sur l'épulis
Revue Odontologique Janvier 1906

APRILE EC. de

Contribucion al estudio de los histiofibromas de la
mucosa.
gingival, épulis.
Revista Odontologica (Buenos-Aires) 1948 Vol. 36, n° 7
p.311 322

ARCHER W. H.

Tumeurs centrales à cellules géantes du maxillaire
supérieur.
Oral Surgeon. Oral Médical. Oral Path. Septembre 1952 5
n°9 , pages 939 945-12 figures.

ARLOTTA ALEX

Les Epulidi a Myélopaxes blastoni or osteodystrophia.
Riv. Ital. Stomat. n° XI 1932 p. 857

Les Epulis à myélopaxes 7° Congrès de Stomatologie dans
la Revue de Stomatologie 1932 p.613.

AXHAUSEN

Die Kiefergesschurilote.
Congrès dentaire international Vienne 1936 p. 1266

Maladie de Paget et PseudoPaget des Maxillaires
Deutsch Kiefer Chirurgie T. 5 1934

BARD

Tumeurs Myéloplaxes Paris Chirurgical 1926

BELLEGARDE H. P. L.

Essai de Synthèse nosologique des tumeurs épulidiennes
Thèse Bordeaux Juillet 1954 n° 141 46 pages

BERCHER

Pathologie Dentaire

BERCHER & CODVELLE P.

Classification des tumeurs d'origine dentaire
Revue de Stomatologie 1932 n° 7 p. 411 425

BERGER A.

Tumeur à cellules géantes centrales solitaires des
maxillaires
J. Oral SURG. Avril 1947 5 n° 2 154 167 17 fig.

BERNICK S.

Les excroissances des gencives et du palais.
I. Lésions Inflammatoires chroniques
Oral Surg. Oral Med. Oral Path. Nov. 1948 I n° II
1029 1041 12 fig.

II. Les Tumeurs à tissu conjonctif.
Oral Surg. O. M. O. P. Déc. 1948 I n° 12
1098 1108 11 fig.

BERNIER J.L. & CAHN.

Le Granulome guérissable à cellules géantes périphé-
riques. S. Am. Dent. Ass. Août 1954 49 n° 2 141 148

BRANDUS

Tumeurs Hyperplasiques des gencives
Mémoire à l'Institut de Stomatologie 1950

BRANNIN de et CHRISTENSEN R. O.

Tumeurs bilatérales à cellules géantes
J. Oral SURG. Juillet 1954 12 n° 3 247 251

BROCA A.

Maladies des gencives
 Traité de Chirurgie de Simon Duplay et Paul Reclus
 1898 Tome V, P. 121 127

BROSCH F.

Résultats des recherches pour justifier la conception
 sur le processus de croissance dans les tumeurs à
 cellules géantes des maxillaires.
 Deutsch Zahn Mand. U. Kiefer 1952 17 n° S I 2 13 29
 12 fig.

A propos des rapports du granulome à cellules géantes
 du maxillaire avec les tissus de granulation.
 Zahnarztl; Rundschau 5 Août 1953 62 n° 15 410 413
 5 fig.

CASELLA E.

Au sujet des épulis
 Revista Odontologica Mars 1937 VOL. 25 n° 23 in Revue
 de Stomatologie 1937 n° 7 page 565

CERNEA

Tumeurs bénignes des maxillaires d'origine non dentaire
 E. M. C. Stomato 22087 AIO 1954

Affections des Gencives
 E.I.C. Stomat. 22052 22053 1941

COMETOUX

Contribution à l'étude du développement et de la
 structure des épulis sarcomateuses.
 Thèse Paris 1906.

CROCQUEFER

Volumineuse épulis du maxillaire inférieur.
 Le Siècle médical 1° Janvier 1931.

Tumeur à Myéloplaxe développée au niveau d'une fistule
 d'origine dentaire
 Revue de Stomatologie 1933 n° I p. 9 II

DARCISSAC

L'Electrocoagulation procédé de choix dans le traite-
 ment des épulis.

DAVODOVICI A.

Des tumeurs centrales à myéloplaxes des maxillaires.
Thèse Paris 1939 N° 1138 69 pages.

DECHAUME M.

Etude critique des épulis; influence de la crase sanguine sur les réactions hyperplasiques du tissu conjonctif Presse Médicale Novembre 1932 page 1640.

Epulis diffuse du maxillaire supérieur chez une édentée
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphilographie Janvier 1933 pages 81-83.

Considération sur la pathogénie des tumeurs hyperplasiques et des lésions végétantes.
Bull. de la Soc. Fse de Derm. et de Syph. 11 Janvier 1934 pages 33-37 dans Revue de Stomatologie.

1934 N° 5 pages 301-306.

Tumeurs hyperplasiques des maxillaires
Le Progrès Médical 1934 50 pages 1985-1993.

Gingivites hypertrophique et Epulis
Bull. de la Soc. Fse de Derm. et Syph.
Avril 1935 pages 562-563.

Tumeurs à myéloplaxes des gencives et des maxillaires
Essai de Pathogénie Revue de Stomato 1935 N° 9
pages 577-594.

Elephantiasis ou tumeurs hyperplasiques diffuse des gencives-coexistence chez le même malade d'hyperostose. Essai de Pathogénie.
Bulletin de la Société Fse de Derm. et de Syph.
Février 1936 pages 397-402.

Influence de la dyscrasie sanguine sur le développement des tumeurs hyperplasiques en général et en particulier des gencives et des maxillaires.
Société d'Hématologie 9 Décembre 1936 in LE SANG 1937 pages 211-212.
Productions hyperplasiques des gencives. Eléphantiasis-Hypertrophie des gencives Revue de Stom. 1937 N° 9
pages 693-703.

Tumeurs hyperplasiques des gencives avec ossification
La semaine Dentaire 1937 N° 48 pages 933-1003.

Tumeurs hyperplasiques de la muqueuse gingivi-palatine chez les édentés Revue de Stomato 1938 page 605.

Les tumeurs à Myéloplaxes des maxillaires Considérations pathogéniques et thérapeutiques Revue de Stoma. 1949 50 N° 12 pages 670-693.

Précis de Stomatologie Collection Masson.

Technique chirurgicale stomatologique
La pratique stomatologique Editions Masson.

DECHAUME M. & BAZVY L.

Tumeurs à myéloplaxes des maxillaires
Essai de Pathogénie Presse Médicale 1938 N° 14 page 258.

DECHAUME CERNEA PAYEN

Les tumeurs à cellules granuleuses de la cavité buccale
Revue Stom. 1954 Tome 55 pages 917-929.

DELARUE & DENOIX

Les diversités anatomo cliniques et évolutives des
tumeurs à myéloplaxes des os longs.
Presse Médicale 1940 N° 40 pages 587-588.

DELATER

A propos des tumeurs para-dentaires
Annales d'Anatomie Pathologique 1927 t. IV p.309-311

Les processus inflammatoires et tumoraux péri-dentaires
Samaine dentaire 1929.

DELATER BERCHER

Comment les tumeurs des mâchoires se développent aux
dépens d'une dysembryoplasie épithéliale
Bulletin Ass. Fse du Cancer 1928 t. XII pages 252-282.

De l'unité pathologique des tumeurs des mâchoires
Presse Médicale Juin 1923 pages 539-540.

Complications tumorales des foyers septiques para-dentaires
Revue Stomat. Avril 1925.

DRIESENS & TISON

Tumeur à Myéloplaxes du maxillaire supérieur
Presse Médicale 1935 page 230.

DUBECQ MARCARD MARONNEAU

Forme Clinique et diagnostic d'une tumeur épulidienne
peu fréquente Revue de Stomat. 1947 page 715.

DUCLOUX

Les tumeurs à myéloplaxes des os longs - Thèse Paris

EULER

Rôle de l'infection dans le mécanisme pathogénique de l'épulis.

Congrès dentaire international Août 1931 Paris

A propos de l'épulis giganto-cellulaire

Revue Belge de Stomatologie 1953 page 298

FARGIN FAYOLLE & THIBAUT

La Septicité bucco-dentaire - Poin 1930 page 16

FAUCONNIER H. KETELSLEGERS J.

Les tumeurs à myéloplaxes

Archives stomatologiques Juillet 1951 6 N° 3 161-174

FERRAND G.

Les épulis sarcomateuses à myéloplaxes

Thèse Paris 1907.

FORTUNET Désir de

Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives

Revue de Chirurgie 1887 pages 786-802.

FREIDEL

Traitement chirurgical des tumeurs bénignes des maxillaires E. M. C. 1939.

GERY L.

Epulis Sarcomateuse

Bulletin de l'association Française pour l'étude du Cancer 1938 T. XXVII N° 2 pages 124-136.

GERY-NOEPPEL

Signification morphologique des épulis pour servir à l'étude des tumeurs hyperplasiques du tissu réticulaire. Bulletin de l'Ass. Fse 1938 Pages 137-184.

GESCHICKTER & COPELAND

Tumeurs des os

Lippincott Edit. Philadelphie 1949.

GOEURY

Contribution à l'étude des tumeurs solides du bord alvéolaire - Thèse Paris 1880.

GRANDCLAUDE LESBRE

Contribution à l'étude des tumeurs paradentaires
Ann. d'Anat. path. 1927 T. IV pages 194-196.

GRETHER M.

Un cas de granulome épuliforme du bourgeon palatin
Annales d'Otontostomatologie 1949 pages 37-40.

GRUET CH.

Contribution à l'étude des épulis
Thèse Paris 1900.

GUILLEMINET M. FAYSSE R.

Résultats du traitement des tumeurs à myéloplaxes du squelette.
Revue de Chirurgie Orthopédique Janvier - Mars 1954 40
N° 1 1 14 2 tab.

HENNIEN

Epulis - Pratique Médico chirurgicale 1953 t. IV.

HILLEMANN H. G.

L'ostéoclastome : kystes osseux des jeunes et tumeurs à cellules géantes.

Bruns Beitr. Klin. Chir. Dec. 1954 189 N° 4 4555 479
17 Fig. (résumé Français).

HOLLAND M. R. MOOS P.H.

Tumeurs à cellules géantes du maxillaire.
J. Oral SURG. Oct. 1953 11 N° 4 333-335

HUEBSCHMANN P.

Pathologie des tumeurs de la bouche et des maxillaires en particulier de l'épulis avec démonstration;

Deutsche Jahnmund and Kief T 5 N° 4 1938 pages 266-271.

JAFFE H. L.

La tumeur à cellules géantes de l'os (ostéoclastome)
délimitation pathologique et implications cliniques inhé-
rentes - Ann. Roy. Coll. Surg. England Decembre 1953
12 N° 6 343-355, 10 fig.

KELESCIAN G.

Le Epulidi. Loro patogenesie e loro classificazione
in base a ricerche istopatologiche.
Rev. Italiana de Stomat. (Venezia) vol. 5 N° 1
Janvier 1950 pages 60-101.

KOZA

Le tissu osseux dans les épulis.
Travail de l'Institut Méd. Molstor Chaire d'Anatomie
path. in Rev. Stomat. 1947 page 86.

LANDAIS P.

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire et infection
périapicale.
Revue de Stomatologie 1933 N° 4 pages 199-214.

LENORMANT

Les épulis
Traité de pathologie Chirurgicale Masson.

LUKONSKY

Die Epuliden
Deutsche Mon. F. Zahn 1926 N° 44 pages 697-719

MAGITOT

Thèse 1860

MAHE DECHAUME CHAFARD

Tumeur gingivale à myéloplaxes récidivante et familia-
le. - Revue de Stomato 1933 N° 11 pages 628-632.

MAHE DECHAUME

Tumeur hyperplasique du maxillaire inférieur
Revue de Stomat. 1934 N° 8 pages 497-503.

MASSON

Tumeurs humaines - Editions Maloine.

MEARY R.

Tumeurs à myéloplaxes
E.M.C. Os et Articulations 14030 A20 (3-1952)

MEZROW R.

Compte rendu d'un cas d'épulis à cellules géantes du type fibro ostéoïde.
Oral Surg. Oral Med. Oral Path. Février 1949 2 N° 2
248 251 5 fig.

MONNIER S.

Contribution à l'étude des tumeurs à myéloplaxes
Thèse Lyon 1952 75 pages LYON MEDICAL 15 Février 1953
188 N° 7 151-52.

MORIN P.

Les tumeurs centrales à myéloplaxes des maxillaires
(considérations pathogéniques et thérapeutiques)
Thèse Paris 1951 78 pages 6 fig.

MOULONGUET P.

Tumeurs à myéloplaxes des os
Mémoire à l'Académie de Chirurgie 28 Juin - 5 Juillet
1950. 76 N° 24 25 733 739 3 fig.

NELATON

Tumeurs à myéloplaxes du maxillaire supérieur
Thèse Paris 1860.

NOEPEL

Morphologie des épulis Thèse Strasbourg 1938.
Contribution à l'étude des tumeurs hyperplasiques du système réticulo endothélial.
Masson Edit. Paris 1938.

NORMAND

Etude critique des épulis
Influence de la crase sanguine sur les tumeurs hyperplasiques Thèse Paris 1933.

PARENT VIGNEUL

Tumeurs à tendance récidivante des maxillaires
Congrès de Stomatologie 1957.

PHILLIPS L.R. SHAFER W. G.

Les tumeurs à cellules géantes périphériques
S. Périodontol. Juillet 1955 26 N° 3 216-222 5 fig.

PORTMANN G. GAYE R. E.

Les tumeurs fibreuses hyperplasiques du maxillaire
supérieur.
Revue d'otorhino laryngologie 1935 N° 7 pages 773-831.

ROBIN

Mémoire à la Société de Biologie 1849.

ROCHETTE M.

Tumeur hyperplasique à myéloplaxe des gencives avec
ossification.
Revue de Stomatol 1938 N° I pages 38-39.

ROUSSY LEROUX OBERLING

Precis d'Anatomie Pathologique Collection Masson

RUPPE CH.

Classification de l'épulis.
Presse médicale 19 Septembre 1928 pages 1192-1193
L'Epulis Pratique Médico-Chirurgicale Masson 1931
pages 641-643.
Sémiologie des Affections de la bouche et des dents
Masson 1935.

SCHAAL

Recherches sur les rapports des cellules géantes avec
les vaisseaux dans les épulis.
Frankfurter Zeitschr. F. Path. 1933 T. XIV N° 3
page 566 in Ann. d'Anat. Path. 1934 T. XI page 68

SASSIER & HOUZEAU P.

Les maladies du sang et leurs manifestations buccales.
Le Concours Médical 1934 N° 47 page 3256.

SEMPREY R.

Contribution à l'étude de l'épulis.
Thèse Bordeaux 1907.

STEPINSKY F.

Des épulis - Thèse Paris 1901.

SUGAR L.

Recherches récentes sur la pathogénie de l'épulis.
Or. Surg.- Or. M.-O P. Juin 1948 I N° 6 561-567 5 fig.

SZABO S.

Contributo all'intologia aplogica dell'epulida
Riv. Ital. Stom. 1932 N° II pages 841-846.

TAVERNIER L. CONDAMIN N.

Le traitement des tumeurs à myéloplaxes et spécialement
leur traitement par les rayons X à doses faibles.
J. Chir. Sept. Déc. 1942 58 N° 6 385-403 7 fig.

TOURNEUX S. P.

Volumineuse épulis ostéogène.
Presse Médicale 6 Février 1937 N° 2 page 1981.

THIEMANN A.

L'épulis : une tumeur de nature inflammatoire, son
diagnostic clinique.
Zahnarztl Rundschau 5 Octobre 1952 N° 19 535-537.

UMIKER W. GERRY R. G.

Pseudo tumeur à cellules géantes de la mâchoire
(granulome réparateur).
O. Surg. Or. Méd. O.P. Février 1954 7 N° 2 113-123
14 fig.

VOLNY L. F. P.

Les tumeurs hyperplasiques des gencives (épulis)
Thèse Paris 1955 N° 477 119 pages.

WALDRON WORMANN

Clinical histopathological study of so called épulis
and Classification.
Journal of dental Res. Juin 1931 page 485.

WALDRON

Tumeurs bilatérales à cellules géantes dans une fa-
mille - Oral Surg.- Or. Méd.- Or. Path.
Février 1951 N° 2 198-207.

Tumeurs à cellules géantes des os maxillaires.
O.S.- O.M.- O.P.- Septembre 1953 6 N° 9 1055-1064
9 fig.

WORMS

Epulis et malformations du maxillaire supérieur
Société de Laryngologie 6 Avril 1927.

WUNDERER S.

Une contribution à l'étude du diagnostic différentiel
de l'épulis.
Oster. Zschr. Stom. Juillet 1954 51 N° 7 380-385.

ZEYLAND

Les tumeurs à cellules géantes.
Ann d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd. Chir. 1927
T. IV pages 245-256.

-:-:-:-:-:-:-:-

5
10
15
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100